

ფორმა #1

საანალიზო ნიმუშის სარეგისტრაციო ფორმა

სამკურნალო დაწესებულების დასახელება: -----

პერიოდი _____(თვე)

[illegible]

ფორმა #



ლაბორატორიული კვლევის მოთხოვნის ფორმა	კვლევის მოთხოვნა	22/12/2016	ვერსია/Version (V1.0)	2/3
Laboratory Examination Request Form	Examination Request	22/12/2016	FOR-GDO-011-Examination Request-V1.0	FOR

ლაბორატორიული კვლევის მოთხოვნის ფორმა

ნაწილი A. (ივსება ნიმუშის მოპოვებისას ან ლაბორატორიიდან სინჯის/კულტურის გაგზავნისას)

1. ☐ ეპიდზედამხედველობა/პროექტი/პროგრამა/_____

(ივსება ინფორმაციის არსებობის შემთხვევაში)

ინფორმაცია პაციენტის/შემთხვევის შესახებ

2. სახელი, გვარი			
3. პირადი ნომერი	_____		
4. დაბადების თარიღი	___/___/___	5. სქესი: მამრ ☐ მდე ☐	
6. მისამართი			
7. ქალაქი / საფოსტო კოდი		8. ტელ:	
9. ელ.ფოსტა			

ინფორმაცია დამკვეთის შესახებ

10. დამკვეთი დაწესებულება	
11. განყოფილება	
12. დაწესებულების მისამართი	
13. სახელი, გვარი	
14. ტელ:	
15. ელ.ფოსტა	

16. ☐ პაციენტი/შემთხვევა (H-ნიმუში/სინჯი) (იხ. ინფორმაცია პაციენტის/შემთხვევის შესახებ)

17. კლინიკური სიმპტომების დაწყების თარიღი: ___/___/___ 18. წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი:

19. ☐ გარდაცვლილი (A-აუტოფსიური ნიმუში/სინჯი) (იხ. ინფორმაცია პაციენტის/შემთხვევის შესახებ)

20. გარდაცვალების თარიღი ___/___/___

21. ☐ კულტურა

22. დასახელება _____ 23. საიდენტიფიკაციო № _____ 24. დათესვის თარიღი ___/___/___

25. დამცავი კონტეინერის № _____

26. ნიმუშ(ებ)ის ჭურჭლის №/ ნიმუშის ტიპი/აღების დრო: 1/_____ :__ 2/_____ :__ 3/_____ :__ 4/_____

__ :__

27. ნიმუშ(ებ)ის აღების თარიღი ____/____/____ 28. ნიმუშ(ებ)ის აღების ადგილი

(მიმღები საპროცედურო და სხვა)

29. ამღები

პირ(ებ)ი _____

30. სინჯი: _____ 31. საიდენტიფიკაციო № _____ 32. დამზადების თარიღი ____/____/____ დრო
__ :__

(დასახელება)

33. დამკვეთის მოთხოვნები: ☐ კულტურის დადასტურება ☐ კულტურის შენახვა ☐ ნიმუშის კვლევა ☐ სინჯის კვლევა

34. ნიმუშ(ებ)ის ჭურჭლის № / საკვლევი პათოგენი / მარკერი / გამოკვლევის მეთოდი:

№1/_____/_____/ ☐ ბაქტერიოლოგიური ☐ სეროლოგიური ☐ მოლეკულური ☐

ვირუსოლოგიური

№2/_____/_____/ ☐ ბაქტერიოლოგიური ☐ სეროლოგიური ☐ მოლეკულური ☐

ვირუსოლოგიური

№3/_____/_____/ ☐ ბაქტერიოლოგიური ☐ სეროლოგიური ☐ მოლეკულური ☐

ვირუსოლოგიური

№4/_____/_____/ ☐ ბაქტერიოლოგიური ☐ სეროლოგიური ☐ მოლეკულური ☐

ვირუსოლოგიური

35. I მიმღები დაწესებულება _____

36. გამომკვლევი დაწესებულება/ნიმუშის ჭურჭლის № _____ -

37. ტრანსპორტირებზე პასუხისმგებელი პირები _____ 38. გაგზავნის
თარიღი ____/____/____ დრო ____ :__

39. A ნაწილის შევსებაზე პასუხისმგებელი პირის სახელი, გვარი _____ 40. ტელ:

(ჯგუფის უფროსი, ექიმი, ბაქტერიოლოგი, სხვა)

სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

თბილისი 0198; კახეთის გზატკეცილი #99; ტელ: +995 032 2 19 25 95