ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров’я України
05 квітня 2019 року № 794
(у редакції наказу
Міністерства охорони здоров’я України
від 23 вересня 2021 року № 2019)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров’я |   | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯФорма первинної облікової документації**№ 249-4/о****ЗАТВЕРДЖЕНО****Наказ МОЗ****05 квітня 2019 року № 794** |
|   |
| (найменування та місцезнаходження закладу, в якому заповнюється форма) |
| Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ |

**НАПРАВЛЕННЯ
 на проведення підтверджувальних досліджень
 на наявність серологічних маркерів ВІЛ
 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Реєстра- ційний номер зразка | Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)або індивідуальний номер особи | Стать | Датанародження(число,місяць, рік) | Кодобстеження | Назвамедичноговиробу,на якому здійснювали дослідження, номер серії (лота) | Дата проведеннядослідженнята результат | Датазабору крові(число, місяць, рік) | Дата відправлення у лабораторію на підтверджувальні дослідження(число, місяць, рік) | Повторнеобстеження через |
| 14 днів | 1 місяць |
| дата(число, місяць, рік) | результат | тип зразка (цільна кров, плазма, сироватка крові) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |

Місцезнаходження лабораторії або іншого закладу охорони здоров’я, що направила/направив
пацієнта або зразок для проведення підтверджувальних досліджень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон/факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медичний працівник,який оформлював направлення |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я, по батькові(за наявності)) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) |

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

(цифрами)

**Генеральний директор
Директорату громадського здоров’я
та профілактики захворюваності Ірина Руденко**