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 ДОКУМЕНТАЦІЯ  Форма 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 | Дата народження  (число, місяць, рік) | Код обстеження | Назва медичного виробу, на якому здійснювали дослідження, номер серії (лота) | Дата проведення дослідження та результат | | Дата забору крові (число, місяць, рік) | Дата відправлення у лабораторію на підтверджувальні дослідження  (число, місяць, рік) | Повторне обстеження 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**