ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4.

Единая справочная служба: +7 (800) 775-05-82, +7 (495) 612-45-51

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**В ЛАБОРАТОРИЮ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕМАТОЛОГИИ**

Ф.И.О. пациента *(полностью)*

Дата рождения Пол (муж./жен.)

**Направляемый биоматериал в НМИЦ гематологии**: периферическая кровь, пунктат костного мозга,

биоптат *(указать ), парафиновый блок* *(указать)*

*(нужное подчеркнуть)*, иное

**направительный диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**количество лейкоцитов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**% бластов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**этап терапии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Код услуги по прейскуранту****(желательно)** | **Наименование лабораторного исследования** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Комментарий (заполняется при необходимости)

Дата забора биоматериала

# Контактная данные врача

Медицинская организация Ф.И.О. направившего врача Контактный телефон, e-mail врача **Результат исследования выслать по e-mail**

Дата Лечащий врач