



Общество с ограниченной ответственностью Научно-испытательный центр «ЧЕРКИЗОВО»
 Limited Liability Company Research and Testing Center "CHERKIZOVO"
 ИНН 7718067999; КПП 771801001; ОГРН 1157746130024
 Юридический адрес: Российская Федерация, 107143 г. Москва, ул. Пермская, д. 5, строен. 1
 Legal address: Russian Federation, 107143, Moscow, Permskaya str. 5, building 1
 Факт./почтовый адрес: Российская Федерация, 143340, г. Москва, д. Яковлевское, д. 14 Б
 Actual/post address: Russian Federation, 143340, Moscow, v. Yakovlevskoe 14 B
 ☎ + 7 (495) 788-32-33 (add./доб. 17955) www.cherkizovo.com

ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КРОВИ

№ _____
заполняется НИЦ

ОТ _____._____.201____
заполняется заказчиком

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ

Организация: _____

Адрес организации: _____

Контактное лицо (ФИО, должность, телефон, e-mail): _____

Способ получения результатов:

e-mail: _____

другое: _____

ФИО лиц, которым необходимо отправить протокол исследования: _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИССЛЕДУЕМЫХ ОБРАЗЦАХ

Количество образцов:

Вид образца

- сыворотка крови
 цельная кровь
 стабилизированная кровь
 другое: _____

Дата отбора проб	Время отбора проб
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Место отбора проб: _____

Пробы отобрал: _____

Должность

ФИО

Подпись

Дата отправки на исследование: _____._____.201____

Пробы хранились:

при температуре ____°C в течение ____ часов другое: _____

Пробы транспортировались:

при температуре ____°C в течение ____ часов другое: _____

Отбор проб произведен:

- с использованием одноразового инструмента
 с использованием стерильного инструмента
 в транспортную среду

_____ указать наименование среды

- в стерильный контейнер (упаковку)
 в вакуумные пробирки с антикоагулянтом

_____ указать наименование антикоагулянта

другое: _____

ИССЛЕДУЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

	Номера образцов	Примечания	Цель исследования
<input type="checkbox"/> аланинаминотрансфераза			
<input type="checkbox"/> амилаза			
<input type="checkbox"/> аспаратаминотрансфераза			
<input type="checkbox"/> лактатдегидрогеназа			
<input type="checkbox"/> липаза			
<input type="checkbox"/> триглицериды			
<input type="checkbox"/> холестерин			
<input type="checkbox"/> альбумин			
<input type="checkbox"/> глюкоза			
<input type="checkbox"/> глюкоза (NAD)			
<input type="checkbox"/> креатинин			
<input type="checkbox"/> лактат			
<input type="checkbox"/> мочевая кислота			
<input type="checkbox"/> общий белок			
<input type="checkbox"/> кальций			
<input type="checkbox"/> магний			
<input type="checkbox"/> натрий			
<input type="checkbox"/> медь			
<input type="checkbox"/> фосфор			
<input type="checkbox"/> хлориды			
<input type="checkbox"/> цинк			
<input type="checkbox"/> иммуноглобулин А			
<input type="checkbox"/> иммуноглобулин Е			
<input type="checkbox"/> иммуноглобулин G			
<input type="checkbox"/> иммуноглобулин М			
<input type="checkbox"/> липопротеин (а)			
<input type="checkbox"/> СРБ высокочувствительный			
<input type="checkbox"/> трансферрин			
<input type="checkbox"/> ферритин			
<input type="checkbox"/> общий антиоксидантный статус			

ПРИМЕЧАНИЯ

Заявку составил: _____

Должность

Подпись

ФИО