



ДАТА:

ЗАКАЗЧИК:
(клиника)

АДРЕС:

ФИО ВРАЧА:

ТЕЛЕФОН:

E-MAIL:



Заполняется печатными буквами

ФИО ВЛАДЕЛЬЦА:

КЛИЧКА:

ВИД: СОБАКА КОШКА ДРУГОЙ

ПОРОДА:

ВОЗРАСТ: ЛЕТ МЕСЯЦЕВ

ПОЛ: САМКА САМЕЦ

КАСТРИРОВАН: ДА НЕТ





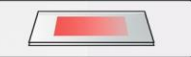
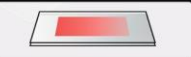

БАКТЕРИОЛОГИЯ

<input type="checkbox"/>	11.1.	ПОСЕВ НА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ (БЕЗ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ)	
<input type="checkbox"/>	11.2.	ПОСЕВ НА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ)	
<input type="checkbox"/>	11.3.	ПОСЕВ КАЛА НА УПФ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ, БАКТЕРИОФАГАМ)	
<input type="checkbox"/>	11.4.	ПОСЕВ НА КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ)	или
<input type="checkbox"/>	11.5.	ПОСЕВ НОЧИ НА УПФ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ, БАКТЕРИОФАГАМ, УРОСЕПТИКАМ)	
<input type="checkbox"/>	11.6.	ПОСЕВ НА УПФ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ, БАКТЕРИОФАГАМ, АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ) *	
<input type="checkbox"/>	11.7.	ПОСЕВ НА УПФ (БЕЗ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ) *	
<input type="checkbox"/>	11.8.	ПОСЕВ КРОВИ НА СТЕРИЛЬНОСТЬ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ)	СПЕЦ. ТАРА
<input type="checkbox"/>	11.9.	ПОСЕВ НА ГРИБЫ CANDIDA (БЕЗ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ) *	 МЕСТО ПОРАЖЕН.
<input type="checkbox"/>	11.10.	ПОСЕВ КАЛА НА КЛОСТРИДИОЗ (БЕЗ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ)	
<input type="checkbox"/>	11.11.	ПОСЕВ ОТДЕЛЯЕМОГО ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА УПФ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ, БАКТЕРИОФАГАМ)	
<input type="checkbox"/>	11.12.	ПОСЕВ НА УПФ (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ, БАКТЕРИОФАГАМ) *	
<input type="checkbox"/>	11.13.	ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА (С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ, БАКТЕРИОФАГАМ, АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ)	



* ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗАТЬ МЕСТО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

<input type="checkbox"/>	12.1.	ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
<input type="checkbox"/>	12.2.	ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕСС	
<input type="checkbox"/>	12.3.	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
<input type="checkbox"/>	12.4.	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕСС	
<input type="checkbox"/>	12.5.	МИЕЛОГРАММА	
<input type="checkbox"/>	12.6.	МИЕЛОГРАММА ЭКСПРЕСС	
<input type="checkbox"/>	12.7.	ИММУНОГИСТОХИМИЯ (1 МАРКЕР)	



ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗАТЬ ОПИСАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И МЕСТО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

№	НАИМЕНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Необходимо вписать одно или несколько исследований из перечня**, ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗАВ КОД (НОМЕР) ИССЛЕДОВАНИЯ.

** ПЕРЕЧЕНЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЫ МОЖЕТЕ НАЙТИ НА НАШЕМ САЙТЕ WWW.VETDIAGNOSTIK.COM ИЛИ ПОЛУЧИТЬ У ВАШЕГО МЕНЕДЖЕРА

Другое (по запросу):

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

	Пробирка с наполнением КЗЭДТА для венозной крови		Тупфер для посевов с транспортной средой		Стерильный контейнер для мочи без консерванта
	Пробирка с активатором свертывания и гелем для венозной крови		Пробирка типа «Эппендорф»		Стерильный контейнер для кала с «ложечкой»
	Пробирка с активатором свертывания БЕЗ геля для венозной крови		Стекла: мазок периферической крови		Контейнер с формалином для гистологического исследования
	Пробирка с флуоридом натрия и оксалатом калия для исследования глюкозы		Стекла: соскоб		Контейнер с уринолитом
	Пробирка с цитратом натрия (3,8%) для исследования системы гемостаза		Стекла: мазок-отпечаток		Контейнер с гельминтом в физиологическом растворе
	Пробирка со стабилизатором мочи Stabilur		Стекла: мазок костного мозга		Шерсть
	Пробирка без наполнителя для исследования титра антител к вирусу бешенства		Шприц с выпотной жидкостью		Клещ
	Пробирка с литий гепарином для исследования ионизированного кальция		Система для бакпосева мочи UriSwab с тампоном-губкой		Перо