

אל: המעבדה לזיהוי מחלות זיהומיות, מש"ד

טופס בקשה לביצוע בדיקות לזיהוי מחלות זיהומיות

שם הגורם השולח: _____ תאריך משלוח: _____ סה"כ דגימות בדף זה: _____ שם השולח: _____ חתימת השולח: _____

הערות	HTLV INNOLIA	HBs-Ab	HBc-Ab	CMV IgG	NAT WNV	NAT HIV/HBV/HCV	NAT UE	TPHA	HTLV-Ab	HIV-Ab	HCV-Ab	HBsAg	מספר דגימה מד"א (ברקוד)	מועד הדיגום (תאריך ושעה)	שם פרטי ומשפחה, מספר ת.ז.	מספר מנה

* נא לסמן דגימות לביצוע בדיקה בקדימות גבוהה יותר

סמן ב- ✓ את הבדיקה הרצויה

למילוי בשרותי הדם (מש"ד):

תאריך קבלה _____ סה"כ דגימות שהתקבלו _____ שם המקבלת/ _____ חתימת המקבל _____

תאריך קליטה _____ שם הקולט _____ חתימת הקולט _____