



טופס בקשה לביצוע בדיקות NAT

חלק זה מיועד למילוי ע"י הגורם השולח:

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

שם השולח/ת: _____ חתימת השולח/ת: _____

מס"ד	תאריך תרומה	מספר מנה בביה"ח (ברקוד)	מספר דגימה מד"א (ברקוד)	הערות *

*נא לסמן: דגימה חוזרת לאימות / דגימה לביצוע בקדימות, WNV בלבד, UE בלבד

למילוי בשרותי הדם (מש"ד):

תאריך קבלה _____ סה"כ דגימות _____ שם המקבל _____ חתימת המקבל _____

תאריך קליטה _____ שם הקולט _____ חתימת הקולט _____