

אל: המעבדה לזיהוי מחלות זיהומיות, משי"ד

טופס בקשה לביצוע בדיקות לזיהוי מחלות זיהומיות

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

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

סמן ב- ✓ את הבדיקה הרצויה * נא לסמן דגימות לביצוע בדיקה בקדימות גבוהה יותר

למילוי בשרותי הדם (משי"ד):

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

תאריך קליטה _____ שם הקולט _____ חתימת הקולט _____

