ООО «ИНВИТРО», 125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3,
тел./факс: (800) 200 363 0, (495) 363 0 363, www.invitro.ru

ИНВИТРО®

Заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ** буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: число / месяц / год Пол: муж жен Номер полиса: Номер ДК:

Диагноз: Дата и время взятия образца: число / месяц / год час : мин

Предполагаемая дата начала заболевания: число / месяц / год ФИО врача:

С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею. подпись/расшифровка число / месяц / год

Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии.

СПЕРМОГРАММА

599	**Исследование эякулята**

СПЕРМОГРАММА

(Заказывается одновременно с тестом 599)

596 CLD	**Исследование эякулята + запись DVD**

MAR-тест

(исследование эякулята на наличие антиспермальных антител)

597	**MAR-тест, IgA**
598	**MAR-тест, IgG**

Заказчик _____ / _____ Сотрудник «ИНВИТРО» _____ / _____

ФИО подпись ФИО подпись

бланк действует с 02.12.14