НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА		
Сведения о медицинской услуге	Неонатальный скрининг B03.032.001	
Код лабораторного профиля	• Неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания(базовый) • Неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания(расширенный)	
Информация об образце для исследования	Кровь сухая капля	
Медицинское свидетельство о рождении	Серия ☐☐ Номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Дата выдачи «___»_____2023г.	
Данные пациента	Фамилия:	
	Пол:	МУЖ / ЖЕН
	Дата и время рождения *(число.месяц.год часы:минуты)*:	
	Срок гестации, на котором произошли роды *(неделя,день)*:	
	Масса тела при рождении *(граммы)*:	
	Оценка по шкале Апгар (*на 1 и 5 минуте*):	
	Диганоз по МКБ 10:	Z00.1 Рутинное обследование состояния здоровья ребенка Другое:
Особенности родов	Количество детей, рожденных в родах:	
	Очередность ребенка при рождении:	
Данные матери/законного представителя	ФИО (*полностью*):	
	СНИЛС:	
	Документ, удостоверяющий личность:	
	Дата рождения *(число.месяц.год)*:	
	Адрес регистрации (*регион, район, город, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира*):	
	Контактный номер телефона:	
Сведения о переливании крови	НЕТ / ДА дата и время начала переливания: дата и время окончания переливания:	
Данные о заборе образцов крови у новорожденного	Дата и время взятия биологического материала *(число.месяц.год часы:минуты)*:	
	Сутки жизни новорожденного:	
	Повторное взятие крови:	ДА / НЕТ
Данные МО и сотрудника взятия образца крови и формирования направления	Медицинская организация	
	Должность сотрудника:	
	ФИО сотрудника (*полностью*):	
	Контактные данные (*телефон*):	