

**PHIẾU YÊU CẦU XÉT NGHIỆM VÀ TRẢ LỜI KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM BỆNH
THAN TRÊN NGƯỜI**

Mã số bệnh nhân: __/__/__/__

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh: __/__/____ Tuổi (năm): ____

Giới: Nam Nữ

Điện thoại liên lạc:

Địa chỉ: Số nhà/số phòng: Xã/phường:

Quận/huyện: Tỉnh, thành phố:

Ngày nhập viện: __/__/20__ (ngày/tháng/năm)

Ngày khởi phát: __/__/20__ (ngày/tháng/năm)

Ngày lấy mẫu: __/__/20__ (ngày/tháng/năm)

Thời gian lấy mẫu: __ giờ __ phút

Loại bệnh phẩm:

Da Dịch nốt phỏng Dịch cơ thể Phủ tạng Phân
Đờm

Khác (ghi rõ)

.....

Nơi lấy mẫu:

.....

Bác sỹ yêu cầu xét nghiệm

(ký, họ tên)

Người lấy mẫu

(ký, họ tên)

Số điện thoại của bác sỹ yêu cầu xét nghiệm:

.....

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Đơn vị xét nghiệm:

Mã số bệnh nhân: _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ _

Ngày nhận bệnh phẩm: _ _ / _ _ / 20 _ _ (ngày/tháng/năm)

Tình trạng bệnh phẩm: Tốt Không tốt Từ chối xét nghiệm (lý do:.....)

Ngày xét nghiệm: _ _ / _ _ / 20 _ _ (ngày/tháng/năm)

Kỹ thuật xét nghiệm:

Kết quả: Trục khuẩn than *B. anthracis* khác (ghi rõ.....)

Cán bộ xét nghiệm

(ký, họ tên)

..., ngày...tháng...năm...

Trưởng phòng xét nghiệm

(ký, họ tên)