



**НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ИЗПРАЩАНЕ НА МАТЕРИАЛИ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ И ТИПИРАНЕ
НА РОТАВИРУСИ В НРЛ „ЕНТЕРОВИРУСИ“, НЦЗПБ**

Моля попълнете или оградете(подчертайте) връзките.

Имена на пациента:	<input type="text"/>		
Възраст:	<input type="text"/>		
ЕГН:	<input type="text"/>		
Пол:	<input type="radio"/> М <input type="radio"/> Ж		
Местожителство:	<input type="text"/>		
Дата на заболяване:	<input type="text"/>		
Дата на вземане на пробата:	<input type="text"/>		
Клинична диагноза:	<input type="text"/>		
Резултат от бърз тест:	<input type="radio"/> положителен <input type="radio"/> отрицателен <input type="radio"/> не е правен		
Ваксина срещу ротавируси:	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не		
Ако има имунизация:	<input type="checkbox"/> Rotarix <input type="checkbox"/> RotaTeq		
	I прием	II прием	III прием
Дата на прием на ваксината:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Пробата се изпраща от:	<input type="text"/>		
Телефон за връзка:	<input type="text"/>		
Имейл за връзка:	<input type="text"/>		
Лечебно заведение:	<input type="text"/>		
Населено място:	<input type="text"/>		
Дата на изпращане:	<input type="text"/>		
Подпис:	<input type="text"/>		