

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО

Приказом МЗ СР РФ

от _____ 20__ № _____

Медицинская документация
учетная форма № 04-ТБ/у

Утверждена Приказом МЗ СР РФ

от _____ 20__ № _____

Наименование учреждения



ЖУРНАЛ

регистрации микроскопических исследований на туберкулез

КОМПЛАС

магазин охраны труда



КОМПАС

магазин охраны труда

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО

Приказом МЗ СР РФ

от _____ 20__ № _____

Медицинская документация
учетная форма № 04-ТБ/у

Утверждена Приказом МЗ СР РФ

от _____ 20__ № _____

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ

регистрации микроскопических исследований на туберкулез

КОМПЛАС

Начат: «__» _____ 20__ г.

магазин охраны труда

Окончен: «__» _____ 20__ г.

Лабораторный номер	Дата проведения исследования	Фамилия И.О. пациента	Пол	Год рождения	Полный адрес фактического места жительства пациента	Лечебно-профилактическое учреждение Подразделение Ф. И. О. медицинского работника, направившего больного	Материал	Цель исследования		Образец	Результат исследования	Подпись ответственного лица	Примечание
								Диагностика	Контроль химиотерапии*				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			

* Вписать региональный регистрационный номер больного туберкулезом.

Лабораторный номер	Дата проведения исследования	Фамилия И.О. пациента	Пол	Год рождения	Полный адрес фактического места жительства пациента	Лечебно-профилактическое учреждение Подразделение Ф. И. О. медицинского работника, направившего больного	Материал	Цель исследования		Образец	Результат исследования	Подпись ответственного лица	Примечание
								Диагностика	Контроль химиотерапии*				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			

* Вписать региональный регистрационный номер больного туберкулезом.



КОМПЛАС

В журнале прошнуровано, пронумеровано
и скреплено печатью _____ листов
«___» _____ 20__ г.
Ф.И.О., должность, подпись _____

М.П.

магазин охраны труда