

Направление передаётся с 2-мя (ДВУМЯ) экземплярами Информированного согласия

НАПРАВЛЕНИЕ
на определение мутации _____

ФИО пациента:

Пол М Ж _____ Дата рождения ____/____/____ Статус курения _____

T N M _____ № блока _____

Дата передачи материала на исследование _____/_____/_____

Направил _____ / _____
подпись **ФИО врача направившего на исследование**