

Прізвище та ініціали пацієнта: _____ 19 _____ р.н.

Перелік аналізів

- загальний аналіз крові (формула)
- загальний аналіз сечі
- цукор крові
- аналіз на RW (treponema pallidum) !
- HBS – антиген !
- ЕКГ (стрічка)
- перелік медикаментів, які пацієнт приймає кожного дня

**Заключення спеціалістів про можливість проведення операції
в амбулаторних умовах:**

Консультація	Висновок	Дата	Підпис, печатка
ЛОР			
Стоматолог			
Ендокринолог (при наявності цукрового діабету або захворювань щитовидної залози)			
Терапевт, сімейний лікар або кардіолог (ЕхоКГ при наявності тяжкої серцевої патології)			
Інші (ревматологічні, неврологічні, психічні, онкологічні захворювання чи ін.)			

Результати аналізів дійсні протягом 45 днів!