

НАПРАВЛЕНИЕ НА СДАЧУ ЛИКВОРА

Клиника	<input type="text"/>
Врач	<input type="text"/>
ФИО владельца	<input type="text"/>
ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:	
Вид животного	<input type="text"/>
Кличка	<input type="text"/>
Возраст	<input type="text"/>
Пройденные исследования	<input type="text"/>
Место пункции	<input type="checkbox"/> Атланто-окципитальная <input type="checkbox"/> Люмбальная

Перечень необходимых исследований ликвора	<input type="text"/>
Предварительный диагноз	<input type="text"/>
Проводимое лечение/ получаемые препараты	<input type="text"/>
Сопутствующие хронические заболевания	<input type="text"/>

Владельцы пациента проинформированы лечащим врачом о возможных рисках, связанных с проведением спинномозговой пункции

Подпись владельца с расшифровкой	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

Почта направившего врача	<input type="text"/>
Почта владельца	<input type="text"/>

 – поля, обязательные к заполнению

Дата заполнения

Подпись врача

Печать