LABORATORISKO IZMEKLĒJUMU **NOSŪTĪJUMS**

NMS LABORATORIJA

Nosūtījuma datums	____ / ____ / _____	**Analīžu skaits:**	
Nosūtījuma derīguma termiņš	____ / ____ / _____ ☐ mēneši		
Izmeklējumu reižu skaits		**Izmeklējumu intervāls**	

PACIENTS

Dzimums:	Siev. ☐ Vīr. ☐	Dzimšanas datums (dd.mm.gggg):	

Vārds, Uzvārds

Personas kods/ Identifikators ☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐

Tālrunis:		Adrese:	

Piekrītu saņemt atbildi e-pastā:	Paraksts:

Pamat Dg kods	Blakus Dg kods	Grūtniec. _____ ned.

Asins grupa:	**Analizējamā materiāla paņemšanas laiks:**
	asinis: _____ (datums), _____ (stunda)
noteikta pacienta klātbūtnē *(ārstniecības personas paraksts)*	urīns: _____ (datums), _____ (stunda)

IZMEKLĒŠANAS IEMESLS (lūdzu atzīmēt vienu iemeslu)

akūta saslimšana (LP1)		iespējamas slimības dēļ (LP5)	
hroniskas saslimšanas paasinājums (LP2)		hroniskas saslimšanas dinamiskai novērošanai (LP6)	
pirms plānveida operācijas (LP3)		kontaktpersonu izmeklēšana infekcijas slimību gadījumā (LP7)	
operācijas vai manipulācijas laikā iegūta materiāla izmeklējums (LP4)		grūtnieču skrīnings	
		slēpto asiņu skrīnings	
		sirds un asinsvadu slimību profilakse (SCORE)	

NOSŪTĪTĀJS	Specilitātes kods:
Ārsts/Iestāde Identifikators E-pasts	

CITO!	Tālr./fakss, e-pasts, pa kuru paziņot

Pacienta grupa

Grūtniece un sieviete pēcdzemdību periodā līdz 42 d.(04)				Ieslodzījuma vietā esoša persona (97)	
Bērns līdz 18 gadu vecumam (11)		Dienas stacionāra pacients (55)		Patvēruma meklētājs (101)	
Trūcīgā persona (15)		Ambulatorā palīdzība uzņemšanas nodaļas pacientam (87)		Cita (lūdzu norādīt):	
Valsts sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esoša persona (14)					

Maksātājs ☐ NVD ☐ Maksas/pacients ☐ Maksas/rēķins ☐ Apdrošināšana

Apdrošināšana

Kompānija (nosaukums) *

Polises sērijas Nr. * Derīgs līdz *

KODS	MANIPULĀCIJAS	APMAKSAS VEIDS NVD	APMAKSAS VEIDS MAKSAS	CENA (EUR)
40042	Vi – **Pilna asins aina** *(apmaksā 1x kalendārajā gadā, izņemot pie akūtām un hroniskām saslimšanām)*			2.56
40043	Vi – **Nepilna asins aina** *(apmaksā 1x kalendārajā gadā, izņemot pie akūtām un hroniskām saslimšanām)*			1.42
40016	Vi – **EGĀ** *(neapmaksā ar manipulāciju 41127 CRO, izņemot ar onkologa, bērnu hematoonkologa, onkologa ķīmijterapeita, hematologa, reimatologa vai bērnu reimatologa nosūtījumu)*			0.71
41127	Sa – **CRO** *(neapmaksā ar manipulāciju 40016 EGĀ, izņemot ar onkologa, bērnu hematoonkologa, onkologa ķīmijterapeita, hematologa, reimatologa, bērnu reimatologa nosūtījumu vai bērnu gastroenterologu)*			1.50
41095	Pe – **Glikoze**			0.90
41006	Sa – **Kreatinīns** (GFĀ/ bērniem/ garums cm)			0.85
41005	Sa – **Urīnskābe**			0.85
41022	Sa – **ALAT**			1.14
41056 41057	Sa – **Kopējais holesterīns** *(apmaksā 1x gadā, izņemot, ja pacients lieto statīnu vai bioloģisko medikamentu terapiju, vai pacientam ir sirds asinsvadu slimību risks, vai ar bērnu psihiatra, bērnu gastroenterologa, pediatra, bērnu nefrologa vai ārsta ģenētiķa nosūtījumu)*			1.14
41047	Sa – **ABL holesterīns** *(apmaksā 1x gadā no 45 gadu vecuma, izņemot, ja pacients lieto statīnu vai bioloģisko medikamentu terapiju, vai pacientam ir sirds asinsvadu slimību risks, vai ar bērnu reimatologa, bērnu nefrologa vai ārsta ģenētiķa nosūtījumu)*			1.71
41058 41059 41060	Sa – **ZBL holesterīns** *(apmaksā 1x gadā no 45 gadu vecuma, izņemot, ja pacients lieto statīnu vai bioloģisko medikamentu terapiju, vai pacientam ir sirds asinsvadu slimību risks, vai ar bērnu psihiatra, bērnu reimatologa, bērnu nefrologa,bērnu gastroenterologa vai ārsta ģenētiķa nosūtījumu)*			2.42
41046	Sa – **Triglicerīdi** *(apmaksā 1x gadā no 45 gadu vecuma , izņemot, ja pacients lieto statīnu vai bioloģisko medikamentu terapiju, vai pacientam ir sirds asinsvadu slimību risks, vai ar bērnu psihiatra, bērnu reimatologa,bērnu gastroenterologa, bērnu hematoonkologa, pediatra vai ārsta ģenētiķa nosūtījumu)*			1,14
46156	Sa – **Prostatas spec. antigēns / PSA** *(apmaksā pacientiem virs 50 gadiem ne biežāk kā vienu reizi divos gados. Pacientiem ar diagnozēm N40-N42 un C61 vai kuriem konstatētas izmaiņas minētajā izmeklējumā apmaksā bez ierobežojuma)*			4.70
41142	Sa – **Tireotropais hormons / TSH** *(apmaksā 1x gadā, izņemot pacientiem ar vairogdziedzera saslimšanām, vai ar bērnu psihiatra,bērnu reimatologa vai ārsta ģenētiķa nosūtījumu)*			3.56
40086	Zi – **Protrombīns un INR**			1.42
	U – **Urīna analīze**			2.56
40148	U – **Urīna analīze ar stripu**			1.14