



Wykonano próbę uczuleniową na hialuronidazę (nazwa preparatu)

.....

Osoba wykonująca próbę uczuleniową

Data, godzina wykonania próby

Ilość podanego preparatu

Miejsce podania preparatu

Wykonano medyczną dokumentację fotograficzną TAK/NIE* (*niepotrzebne skreślić)

Data i godzina odczytania próby

.....

WYNIK PRÓBY

.....

.....

Miejscowość, data, podpis osoby wykonującej