



Направлення на лабораторне тестування особи,
яка відповідає визначенню випадку COVID-19

ДАНИ ПРО ПАЦІЄНТА			
Прізвище		Дата народження	
Ім'я			
По-батькові		Стать	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж
Контактний телефон:		Email:	
Документ: <input type="checkbox"/> Паспорт <input type="checkbox"/> Інший документ			
Адреса проживання			
			будинок № кв. №
Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса: ,			
Дата взяття біоматеріалу: ____ . ____ . ____		Час взяття біоматеріалу:	
Інформація про зразок		Тип: <input type="checkbox"/> Назо - або орофарингеальний мазок (ПЛР) <input type="checkbox"/> Сироватка крові (ІФА)	
КЛІНІЧНІ ДАНІ			
Причина тестування	<input type="checkbox"/> Контакт з людиною, с якої підтверджено Covid-19 <input type="checkbox"/> Симптоми ГРВІ, що схожі на симптоми Covid-19 <input type="checkbox"/> Перебування у країнах з місцевою передачею вірусу Covid-19 <input type="checkbox"/> Добровільне тестування (відсутність симптомів ГРВІ / Covid-19 та контактів з хворими на Covid-19)		
Дата початку захворювання (прояви симптомів)		_____ . _____ . _____	
Чи перебували у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна: Дата повернення:	
Чи контактували з людиною у якої лабораторно підтверджений діагноз Covid-19?		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
Додаткові коментарі			
ІНФОРМАЦІЯ ПРО МЕДИЧНУ УСТАНОВУ			
ПІБ лікаря, що направив на дослідження			
Назва лікувальної установи			
Адреса лікувальної установи			
Телефон установи / лікаря			
Додаткові коментарі			

Підпис _____ Дата ____ . ____ . ____

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУВАННЯ НА НАЯВНІСТЬ ІНФІКУВАННЯ COVID-19**

Я, _____, одержав(ла)

у Відділенні медичного центру Дніпролаб ТОВ «Укрпроліпак»

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про мої дії у разі отримання позитивного тесту на COVID19, особливості перебігу даного інфекційного захворювання, необхідності дотримання режиму самоізоляції.

Мені повідомлено, що у разі отримання позитивного тесту на COVID19 дані про мене будуть передані до Центру лабораторної діагностики м. Києва протягом двох годин та передане повідомлення моєму сімейному лікарю, або в лікувальний заклад який я надаю, відповідальність за достовірність цих даних лежить на мені.

Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про необхідність дотримання карантинних заходів, та режиму самоізоляції до прийняття рішення подальших заходів моїм сімейним лікарем.

Зобов'язуюсь негайно повідомити лікуючого лікаря про наявність позитивного результату тесту та будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини).

Я поінформований(а), що недотримання режиму самоізоляції, безконтрольного самолікування можуть ускладнити перебіг захворювання, та призвести до інфікування інших осіб.

Мені надали в доступній формі інформацію про адміністративну та кримінальну відповідальність за порушення правил карантинних заходів на період запровадження в Україні надзвичайного стану.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, карантину та одержав(ла) на них відповідь.

Діагностика проводилась: методом ІФА, методом ПЛР (необхідне підкреслити).

Я поінформований(а), що хибно-негативні результати не можуть бути виключені через погану якість зразків, несприятливий час при відборі зразка чи з інших причин (мутація вірусу) а також, що вірогідність достовірності даних обстеження, залежить від методу діагностики та допустимої похибки, що надається виробниками тестів.

(Підпис)

Я мав можливість пересвідчитись в дотриманні усіх санітарно епідемічних заходів в даному медичному закладі.

(Підпис)

Я запевняю, що не скоюватиму жодних дій, що можуть завдати шкоди, включаючи епідеміологічної медичним працівникам, та іншим особам, що перебувають в медичному закладі

(Підпис)

Інформацію надав
медичний працівник

Підпис

(П.І.Б.)

"__" ____ 20__ року
(дата) (підпис)

Я, _____, погоджуюсь з дотриманням наданих мені рекомендацій

(підпис) "____" ____ 20__ року
(дата)

Примітка:

Обстеження проводиться лише при наявності документа, що підтверджує особу.