

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

ІНФОРМАЦІЯ ПРО УСТАНОВУ, ЩО ПЕРЕДАЄ ЗАПИТ НА ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Назва установи (лікарні, лабораторії або інш. уст.), що направляє зразок	
Лікар	
Адреса	
Номер телефону	+ 3 8 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Визначення випадку	<input type="checkbox"/> Підозрілий <input type="checkbox"/> Ймовірний
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА	
Прізвище	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ім'я	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
По батькові	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Номер пацієнта	Дата народження
Адреса	Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Невідомо
Номер телефону	+ 3 8 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів " _____ " _____ 20__ р. _____ Підпис _____	
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗРАЗОК	
Тип <input type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок <input type="checkbox"/> Бронхоальвеолярний лаваж <input type="checkbox"/> Сеча <input type="checkbox"/> Ендотрахеальний аспірат <input type="checkbox"/> Назофарингальний аспірат <input type="checkbox"/> Назальний змив <input type="checkbox"/> Мокротиння <input type="checkbox"/> Легенева тканина <input type="checkbox"/> Сироватка крові <input type="checkbox"/> Цільна кров <input type="checkbox"/> Калові маси	<input type="checkbox"/> ПЛР 21107 <input type="checkbox"/> IgG 31177 <input type="checkbox"/> Штам 21112 <input type="checkbox"/> IgM 30537 <input type="checkbox"/> Ag 30540 <input type="checkbox"/> IgA 30538 <input type="checkbox"/> S-білок 30554
До всіх відібраних зразків необхідно ставитись як до потенційно інфікованих, тому Ви повинні контактувати з лабораторією ДО надсилання зразку. Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «В» настанов з транспортування зразків.	
Будь ласка, зазначте, якщо зразок було забрано після смерті пацієнта <input type="checkbox"/>	
Дата забору	Час забору
Пріоритетність	<input type="checkbox"/> Cito <input type="checkbox"/> Звичайна
КЛІНІЧНІ ДАНІ	
Дата початку захворювання:	Чи є пневмонія: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
Дата повернення	
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження	
Результат дослідження на COVID-19	<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний
Дата отримання результату дослідження	
Метод дослідження	<input type="checkbox"/> ПЛР <input type="checkbox"/> Швидкий тест (імунохроматографія) <input type="checkbox"/> ІФА
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник	
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження	
Матеріал передав (ПІБ):	Підпис _____
Телефон: + 3 8 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Додаткові коментарі	