

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження** | | | | | | | | |
| **Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок** | | |  | | | | | |
| **Лікар** | | |  | | | | | |
| **Адреса** | | |  | | | | | |
| **Номер телефону** | | |  | | | | | |
| **Визначення випадку:**   підозрілий  ймовірний | | | | | | | | |
| **Інформація про пацієнта** | | | | | | | | |
| **Прізвище:** |  | **Ім’я:** | | |  | | | |
| **По-батькові:** |  | **Дата народження:** | | |  | | **Вік:** |  |
| **Адреса проживання:** |  | | | | | | | |
| **Номер телефону:** |  | **Стать:** | | |  Ч  Ж | | | |
| **Електронна адреса:** |  | | | |  | | | |
| **Інформація про зразок (заповнює медичний працівник)** | | | | | | | | |
| **Тип:** |  Цільна кров | | | | | | | |
| **Дата забору:** |  | **Час забору:** | | | |  | | |
| **Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-Cov-2 ?** | |  Так   Ні | | **Країна:** | |  | | |
| **Дата повернення:** | |  | | |
| **Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?** | |  Так  Ні Невідомо | | | | | | |
| **Результат дослідження на COVID-19:** | |  Позитивний IgG   Позитивний IgM  Сумнівний  Негативний | | | | | | |
| **Метод дослідження:** | |  ІФА | | | | | | |
| **Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник:** | | Тест-набір імуноферментий  для виявлення антитіл класу G до коронавірусу COVID-19 «SARS-CoV-2 Ig»  ТОВ «Вітротест Біореагент». | | | | | | |
| **Додаткові коментарі:** | |  | | | | | | |
| **Підпис лаборанта:** | |  | | | | | | |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, підписуючи цей документ, **ПІДТВЕРДЖУЮ**:   * свою згоду на здійснення мені (моїй дитині, або особі, що перебуває під моєю опікою чи піклуванням (надалі – «Підопічний») працівниками ФОП МОсійчук Т.Т., медичних втручань (забір біоматеріалу), необхідних для надання медичних діагностичних послуг, що вказані у цьому документів; * факт надання мені вичерпної і повної інформації про порядок підготовки до відповідного медичного втручання, перебіг медичного втручання, рекомендації щодо правил поведінки і догляду після проведення втручання та всі несприятливі наслідки, які можуть виникнути під час медичного втручання та/або внаслідок недотримання пацієнтом встановлених вимог чи рекомендацій; * свою згоду з переліком медичних послуг, вказаних у цьому документі, їх вартістю, терміном виконання та порядком отримання результатів; * свою згоду на надсилання на вказаний мною в цьому документі телефон та електронну поштову адресу: SMS та електронних повідомлень з даними для доступу до електронних ресурсів ФОП Моійчук Т.Т., результатів обстежень, інформаційних повідомлень рекламного і маркетингового характеру та іншої інформації, а також для безпосередньої комунікації зі мною; * свою згоду на збір та обробку персональних даних, що зазначені в цьому документів, і факт повідомлення мене про ціль, законну мету та порядок обробки персональних даних, передбачених законодавством та внутрішніми нормативними актами ФОП Мосійчук Т.Т.; * свою згоду і факт ознайомлення з Правилами перебування в ФОП Мосійчук Т.Т. та іншими правилами, умовами, публічними офертами, програмами лояльності тощо, що є в доступному для споживача місці та/або опубліковані на сайті ФОП Мосійчук Т.Т.та зобов’язання їх виконувати; * факт надання мною працівникам ФОП Мосійчук Т.Т. правильної та достовірної інформації про мене (мого Підопічного), що зазначена у цьому документі.   «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(підпис пацієнта/законного представника пацієнта)* | | | | | | | | |