

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: <input type="checkbox"/> підозрілий <input type="checkbox"/> ймовірний			
Інформація про пацієнта			
Прізвище:		Ім'я:	
По-батькові:		Дата народження:	Вік:
Адреса проживання:			
Номер телефону:		Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	
Електронна адреса:			
Інформація про зразок (заповнює медичний працівник)			
Тип: <input type="checkbox"/> Цільна кров			
Дата забору:		Час забору:	
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-Cov-2 ? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Країна:	
		Дата повернення:	
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо			
Результат дослідження на COVID-19:		<input type="checkbox"/> Позитивний IgG <input type="checkbox"/> Позитивний IgM <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний	
Метод дослідження:		<input type="checkbox"/> ІФА	
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник:		Тест-набір імуноферментний 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 документі; ▪ 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 Моїчук 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 документі, 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)	