**Гарантія точності та достовірності результатів досліджень**

Система управління якістю сертифікована відповідно до міжнародного стандарту ISO 9001:2015 № UA228577 від 15.09.2017 Атестат про акредитацію відповідно до ДСТУ EN ISO15189:2015 (EN ISO 15189: 2012, IDT) № 30001 від 12.07.2019 Акредитаційний сертифікат вищої категорії МОЗУ МЗ № 014792 від 27.03.2020 Ліцензія на медичну практику МОЗУ АД № 071280 від 22.11.2012

**АНКЕТА-НАПРАВЛЕННЯ (ОАЕ)**

 0 800 21 78 87

 [www.dila.ua](http://www.dila.ua/)

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

|  |
| --- |
| **ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ** |
| **Коронавірус (SARS-Cov-2), COVID-19, РНК методом RT-ПЛР – якісний** | [ ]  |
| **Переклад результату дослідження на англійську мову** | [ ]  |
| **ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА** |
| **Прізвище**  |  | *Українською мовою:* | **Дата народження** |  |  |  |
| *Латиницею, як в закордонному паспорті:* |
| **Ім'я** |  | *Українською мовою:* | **Вік** (повних років) |  |  |  |
| *Латиницею, як в закордонному паспорті:* |
| **По-батькові** |  |  | **Стать** |  [ ] Ч [ ] Ж |
| **Внутрішній паспорт:**  |  | **Контактний телефон:** +38 |  |
| **Закордонний паспорт:** |  |
| **Application #** |  |
| **Документ:** [ ] *Паспорт* [ ] *Інший документ* |
| **Адреса проживання** | Країна  | Населений пункт  |
| область | Вул.  |
| район | будинок № кв. № |
| **Мешкає у:** [ ] *Місті* [ ] *Селі* |
| **Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса:** |
| **Дата взяття біоматеріалу:** Место для ввода даты. | **Час взяття біоматеріалу:** |
| **КЛІНІЧНІ ДАНІ** |
| **Причина тестування:** | [ ] Контакт з людиною, в якої підтверджено Covid-19 [ ] Симптоми ГРВІ, що схожі на симптоми Covid-19[ ] Перебування у країнах з місцевою передачею вірусу Covid-19[ ] Добровільне тестування (відсутність симптомів ГРВІ/Covid-19 та контактів з хворими на Covid-19) |
| **Дата початку захворювання (прояви симптомів)** | Место для ввода даты. |
| **Чи перебували у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?** | [ ] Так [ ] Ні | Країна:  |
| Дата повернення: |  |
| **Чи контактували з людиною у якої лабораторно підтверджений діагноз Covid-19?** | [ ] Так [ ] Ні [ ] Невідомо |

Я надаю згоду на обробку моїх (моєї дитини) персональних даних з метою проведення лабораторних досліджень із дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних». Я даю згоду на внесення до локальної інформаційної системи ТОВ «МЛ «ДІЛА» моїх (моєї дитини) персональних даних, в тому числі результатів лабораторних досліджень.

Погоджуюсь з тим, що у разі передачі мною коду замовлення третім особам, ТОВ «МЛ «ДІЛА» не несе відповідальності за недотримання конфіденційності.

 Я погоджуюсь з тим, що мої персональні дані та результати моїх досліджень будуть передані в Центр громадського здоров’я України та Товариству з обмеженою відповідальністю PURE HEALTH MEDICAL SUPPLIES L.L.C, яке діє відповідно до законодавства Об'єднаних Арабських Еміратів, і розташоване за адресою Офіс 1302, Vision Tower, Business Bay, Дубай, ОАЕ, Абонентська скринька 283572.

Своїм підписом я повністю погоджуюсь з усім, зазначеним у цьому документі.

Підпис пацієнта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_