

|  |
| --- |
| **ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ** |
| **Виявлення РНК COVID-19 методом ПЛР** |[ ]
| **Коронавірус, COVID-19, SARS-Cov-2, антитіла IgG, якісний** |[ ]
| **Коронавірус, COVID-19, SARS-Cov-2, антитіла IgG, напівкількісний** |[ ]
| **ДАНІ ПРО ПАЦІЄНТА** |
| **Прізвище** |  | **Дата народження** |  |
| **Ім'я** |  | **Вік (повних років)** |  |
| **По-батькові** |  | **Стать** | [ ]  Ч [ ]  Ж  |
|  **Документ:** [ ]  Паспорт [ ]  Інший документ | **Контактний телефон:** |
| **Адреса проживання** | Країна | Населений пункт |
|  | область | вул.  |
|  | район (для м. Київ адмін. 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 |
| **Додаткові коментарі** |
| **ІНФОРМАЦІЯ** **ПРО МЕДИЧНУ УСТАНОВУ ТА ЛІКАРЯ** |
| **ПІБ лікаря, що направив на дослідження** | (У РАЗІ НАЯВНОСТІ НАПРАВЛЕННЯ ) |
| **Назва лікувальної установи** | (Вказати лікувальну установу де працює сімейний лікар або ІНШИЙ лікар, що направив на дослідження, У РАЗІ НАПРАВЛЕННЯ НА ДОСЛІДЖЕННЯ) |
| **Адреса лікувальної установи** | (Якщо пам’ятаєте) |
| **Телефон установи / лікаря** | ( \_\_\_\_ ) (якщо пам’ятаєте) |