**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 № 013358 від 23.02.2017 Ліцензія на медичну практику МОЗУ АД № 071280 від 22.11.2012

**АНКЕТА-НАПРАВЛЕННЯ**

 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** | | | | | | | | | | | | |
| **Виявлення РНК COVID-19 методом ПЛР** | | | | | | | |  | | | | |
| **Коронавірус, COVID-19, антитіла до SARS-CoV-2, IgМ, напівкількісний** | | | | | | | |  | | | | |
| **Коронавірус, COVID-19, антитіла до SARS-CoV-2, IgМ/IgG, напівкількісний** | | | | | | | |  | | | | |
| **Коронавірус, COVID-19, антитіла до SARS-CoV-2, IgG, напівкількісний** | | | | | | | |  | | | | |
| **Коронавірус, COVID-19, антитіла до SARS-CoV-2, IgG , якісний** | | | | | | | |  | | | | |
| **Програма 202 "Перевірся на COVID-19"** | | | | | | | |  | | | | |
| **ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА** | | | | | | | | | | | | |
| **Прізвище** | |  |  | | | **Дата народження** | |  | |  |  | |
| **Ім'я** | |  |  | | | **Вік** (повних років) | |  | |  |  | |
| **По-батькові** | |  |  | | | **Стать** | | Ч Ж | | | | |
| **Документ:** *Паспорт* *Інший документ* | | | | | | **Контактний телефон:** +38 | | | | |  | |
| **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 | | | | | | |
| **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** | | | | +38  (якщо пам’ятаєте) | | | | | | |  | |