**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) |  |