

**Направлення  
на лабораторне тестування матеріалу від особи,  
яка відповідає визначенню випадку COVID-19**

<b>Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження</b>			
ТОВ « ДЦ « Медлайф- Біо»			
Лікар			
Адреса			
Номер телефону	0800-500-111		
Визначення випадку	<input type="checkbox"/> Підозрілий	<input type="checkbox"/> ймовірний	
<b>Інформація про пацієнта</b>			
Ім'я		Прізвище	
Номер пацієнта		Дата народження	Вік:
Адреса		стать	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж
Номер телефону			
<b>Інформація про зразок</b>			
тип	<input type="checkbox"/> Назо або орофарінгеальний мазок		
Дата забору		Час забору	
пріоритетність			
<b>Клінічні дані</b>			
Дата початку захворювання			
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	
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження			
Результат дослідження на COVID-19	<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Негативний <input type="checkbox"/> сумнівний		
Дата отримання результату дослідження			
Метод дослідження	<input type="checkbox"/> ПЛР <input type="checkbox"/> Швидкий тест <input type="checkbox"/> Імунохроматографія (ІФА)		
Комерційна назва тест- системи для виявлення, виробник			
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження			
Додаткові коментарі			