

АНКЕТА-НАПРАВЛЕННЯ

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

Назва корпоративного клієнта		"ФЕЕРІЯ"	
ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ			
Виявлення РНК COVID-19 методом ПЛР		<input checked="" type="checkbox"/>	
Коронавірус, COVID-19, SARS-CoV-2 антитіла IgG, напівкількісний			
Коронавірус, COVID-19, SARS-CoV-2 антитіла IgG, якісний			
Коронавірус, COVID-19, SARS-CoV-2 антитіла IgM, напівкількісний			
ІНФОРМАЦІЯ ПРО МЕДИЧНУ УСТАНОВУ, з якою укладено договір на медичне обслуговування (сімейний лікар)			
Назва установи		_____	
ПІБ лікаря		_____	
Адреса установи		_____	
Телефон установи/лікаря		+38 _____	
Причина тестування	Контакт з людиною, в якій підтверджено COVID-19 Симптоми ГРВІ, що схожі на симптоми COVID-19 Перебування у країнах з місцевою передачею вірусу COVID-19 <input checked="" type="checkbox"/> Добровільне тестування (відсутність симптомів ГРВІ/COVID-19 та контактів з хворими на COVID-19)		
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА			
Прізвище	Петренко	Дата народження	01.01.1980
Ім'я	Петро	Вік (повних років)	40
По-батькові	Петрович	Стать	<input checked="" type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж
Документ:	<u>Паспорт</u> Інший документ AA 111111	Контактний телефон: +38 (099)999-99-99	
Адреса проживання	Країна	Україна	
	область	Житомирська	
	район	_____	
Мешкає у: <input checked="" type="checkbox"/> Місті <input type="checkbox"/> Селі		населений пункт Коростишів	
Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса:		Приватний підприємець	
Дата взяття біоматеріалу: ДД.ММ.РРРР		Час взяття біоматеріалу: _____	
КЛІНІЧНІ ДАНІ			
Дата початку захворювання (прояви симптомів)		_____	
Чи перебували у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?	Так <input checked="" type="checkbox"/> Ні	Країна: Хорватія	Дата повернення: ДД.ММ.РРРР
Чи контактували з людиною у якій лабораторно підтверджений діагноз Covid-19?		Так <input type="checkbox"/> Ні <input checked="" type="checkbox"/> Невідомо	
Додаткові коментарі _____			