ETIKETT HELYE



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT – ANTIGÉN TESZT

SARS-CoV-2 vírus kimutatás Antigén Teszt Vizsgálattal (nemzetközi standardoknak megfelelő eljárással) elvégzéséhez a **WHITE COMPLET DENT PLUS Kft.** & **GYÓGYÍTÓ MAGYAROK Kft.** továbbiakban, mint *Mintafeldolgozó és Adatkezelő* részére.

Nev:	Törvényes képviselő/gyám:
Születési hely, idő:	TAJ szám*:
Anyja neve:	Háziorvos neve:
Telefonszáma:	Háziorvos telefonszáma:
E-mail:	Mintavétel ideje (óra, perc):
(*Amennyiben nem rendelkezik TAJ számmal az EU-kártya s.	záma, nem EU-országból származó betegek esetén útlevélszám írandó be.)
Nyilatkozom, hogy a mintaadás előtt megfelelő tájékoz	ztatást kaptam.
	és céljából a SARS-CoV-2 vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a pott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok
	eredményt az általam megadott e-mail címre, elektronikus formában lomásul veszem, hogy az interneten történő adatközlés a fenti amelyre az Adatkezelőnek nincs befolyása.
A fenti kockázatot elfogadom.	
Pozitív minta esetén vállalom, hogy a szolgáltató által a fertőzéssel kapcsolatosan rám vonatkozó szabályok	javasolt módon járok el, és mindenkori eljárásrend szerint betartom kat.
Tudomásul veszem, hogy részletes tájékoztatás a mir (www.koronavirusteszt.net).	nta- és adattovábbításról megtalálható a Mintafeldolgozó honlapján
	vizsgálatot a Minta feldolgozójának nem áll módjában feldolgozni. I mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy
Aláírásommal igazolom, hogy az Adatkezelő adatkeze *Az adatkezelési tájékoztató online megtalálható a www.koronavirus	elési szabályzatát* elolvastam, annak tartalmát elfogadom. steszt.net oldalon.
Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról	, hogy a fent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.
, 2020.	
	aláírás*
	őnek kell megadni. emély esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan n cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával



BETEGTÁJÉKOZTATÓ – ANTIGÉN TESZT

Az ANTIGÉN TESZT direkt víruskimutatáson alapul, mely a vírus fehérje részét képes kimutatni. Ez a teszt csak akkor alkalmazható, ha a koronavírus már megtalálható a véráramban és a légutak nyálkahártyáján, tehát ha már észleltünk magunkon tüneteket. Nagy előnye, hogy a vírus a klinikai tünetek megjelenése előtt néhány napban is pozitív eredményt mutat, de nem minden esetben, ezért lehet szükséges azt megismételni. Pozitivitás esetén szükség lehet megerősítő PCR vizsgálatra, hogy a fertőzést biztosan igazolni tudjuk. Csak a PCR-el igazolt pozitív eset mondható biztosan fertőzöttnek.

A levett mintából, a reagenssel a kiértékelési eljárást háttérlaborunkban vagy a helyszínen végezzük, ahol a mobilteszt segítségével direkt módon képesek vagyunk kimutatni a vírust. Leletet maximum 24 órán belül email-ben küldünk.

Antigén teszt - hogyan?

Egy mintavevő pálca segítségével, reggel éhgyomorral érkező betegnél végezzük a vizsgálatot. A páciensnek sem enni, sem inni, sem fogat mosni, sem dohányozni nem szabad a vizsgálat előtt. Lehetőleg minél korábban az ébredés után tanácsos elvégezni.

A mintavevő pálca segítségével vesszük a mintát. A beteget először arra kérjük, hogy zárt száj mellett három kisebb köhögést végezzen vagy krákogjon, majd ezt követően nyitott szájjal a garat mindkét oldaláról - a mintavevő pálcával - mintát nyerünk. Akkor végezzük jól a vizsgálatot, ha a páciens öklendezik a vizsgálat közben.

ANTIGÉN TESZT EREDMÉNYE:

Pozitivitás esetén: a betegtől levett légúti mintában sikerült kimutatni a vírust, tehát a beteg, fertőzött. Pozitív minta esetén a beteg fertőzöttnek tekintendő, azonban hivatalosan ezt csak egy megerősítő PCR vizsgálat után tudjuk kimondani. Álpozitív eset nem létezik, ezért a levett minta alapján a pozitív eset minden alkalommal fertőzöttnek tekintendő

Negatívitás eseten: a betegtől levett legúti minta nem tartalmazza a vírust, azonban felmerülő gyanú vagy tünetek megjelenése esetén javasoljuk megerősítő PCR elvégzését.

A fent olvasott tájékoztatót tudomásul veszem, arra vonatkozó járványügyi vonzatokozásokba beleegyezem, tekintettel a rendkívüli helyzetre hozzájárulok, hogy adataimat a szolgáltató járványügyi intézkedések céljából a mindenkori eljárásrend szerint harmadik fél számára szolgáltassa.

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
TAJ szám*:	
Törvényes képviselő/gyám:	

(*Amennyiben nem rendelkezik TAJ számmal az EU-kártya száma, nem EU-országból származó betegek esetén útlevélszám írandó be.)