

**VIZSGÁLATI ÖSSZEFOGLALÓ**

**SZEROLÓGIAI VIZSGÁLAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Név:** |  | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési idő:** |  | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ} |
| **TAJ szám\*:** |  | {SZEMÉLY\_AZON} sz.a. |
| **Lakcím:** |  | {SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Telefonszám:** |  | na |
| **E-mail cím:** |  | {SZEMÉLY\_EMAIL} |
| **Vizsgálati anyag:** |  | *vér* |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elvégzett vizsgálatok** | COVID-19 IVD immunológiai diagnosztikai vizsgálat | | | |
| **Infektológiai vélemény** | A vizsgálat értékelése és minőségbiztosítási kontrollja: | | | |
| **Orvos neve:** | Dr. Gábor | **Pecsétszám:** | 42069 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Megnevezés** | **Minősítés** | **Vélemény** |
| SARS CoV-2 IgM |  | Specifikus SARSCoV-2 elleni ellenanyagot nem sikerült azonosítani. A SARSCoV-2 (COVID-19) fertőzéssel szemben fogékony nagy valószínűséggel. |
| SARS CoV-2 IgG |  | Specifikus SARSCoV-2 elleni ellenanyagot nem sikerült azonosítani. A SARSCoV-2 (COVID-19) fertőzéssel szemben fogékony nagy valószínűséggel. |
| Infektológiai vélemény | - | PCR vizsgálat javasolt |

**Szakorvosi javaslat:** Az új koronavírus fertőzésveszély minimalizálása miatt fontos, hogy a továbbiakban fokozottan figyeljen a személyes higiénia betartására (rendszeres és alapos kézmosás, a környezetében lévő tárgyak rendszeres takarítása, fertőtlenítése), valamint a járványügyi veszélyhelyzet időtartama alatt a személyes érintkezések minimalizálására.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kelt.: |  | , 2020. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dr. b |
| aláírás |

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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |  | **Törvényes képviselő / gyám:** | nope |
| **Születési hely, idő:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |  | **TAJ szám\*:** | {SZEMÉLY\_AZON} |
| **Anyja neve:** | Nincs adat |  | **Háziorvos neve:** | {ORVOS\_NÉV} |
| **Telefonszáma:** | Nincs adat |  | **Háziorvos telefonszáma:** | {ORVOS\_EMAIL} |
| **E-mail:** | {SZEMÉLY\_EMAIL} |  | **Mintavétel ideje (óra, perc):** | {MEGJELENT} |

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

Nyilatkozom, hogy a mintaadás előtt megfelelő tájékoztatást kaptam.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a levett mintából előszűrés céljából a SARS-CoV-2 vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően kezeljék.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő a vizsgálati eredményt az általam megadott e-mail címre, elektronikus formában juttassa el titkosított dokumentum formájában. Tudomásul veszem, hogy az interneten történő adatközlés a fenti biztonsági intézkedések mellett is kockázatokkal jár, amelyre az Adatkezelőnek nincs befolyása.

A fenti kockázatot elfogadom.

Pozitív minta esetén vállalom, hogy a szolgáltató által javasolt módon járok el, és mindenkori eljárásrend szerint betartom a fertőzéssel kapcsolatosan rám vonatkozó szabályokat.

Tudomásul veszem, hogy részletes tájékoztatás a minta- és adattovábbításról megtalálható a Mintafeldolgozó honlapján (www.koronavirusteszt.net).

Tudomásul veszem, hogy bármely adat hiányában a vizsgálatot a Minta feldolgozójának nem áll módjában feldolgozni.

Kijelentem, hogy beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

Aláírásommal igazolom, hogy az Adatkezelő adatkezelési szabályzatát\* elolvastam, annak tartalmát elfogadom.

*\*Az adatkezelési tájékoztató online megtalálható a* [www.koronavirusteszt.net](webSettings.xml) *oldalon.*

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a fent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kelt.: |  | , 2020. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | aláírás\* |

*\*18 éven aluli személy esetén a hozzájárulást a törvényes képviselőnek kell megadni.*

*(Cselekvőképtelen kiskorú, vagy egyébként cselekvőképtelen személy esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy e tekintetben egyébként korlátozottan cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával együtt érvényes.)*

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:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési hely, idő:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Anyja neve:** | nope |
| **TAJ szám\*:** | nope |
| **Törvényes képviselő / gyám:** | nope |

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

Az aláírt beleegyező nyilatkozat és betegtájékoztató **visszavonásig** vagy a **produkció / forgatás végéig érvényes** a további szűrések alkamával nem kerül kitöltésre és aláírásra.

*The signed consent form an patient information leaflet is* ***valid until revoked*** *or* ***until the end of the production / shooting****. The documents will not be signed during further testing.*

Kijelentem, hogy beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

*I declare that I give my consent voluntarily, without influence, knowing that it may be revoked at any time, orally or in writing, without giving reasons.*

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a lent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

*Aware of my criminal responsibility, I declare that the information provided below is true.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Név / Name:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési hely, idő / Place of birth and date:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **TAJ szám*\** / Health insurance number*\**** | {SZEMÉLY\_AZON} |

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

*(\* If the EU card number does not have a TAJ number, passport number for patients from non-EU countries)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kelt. / Date: |  | , 2020. |  |  |  |

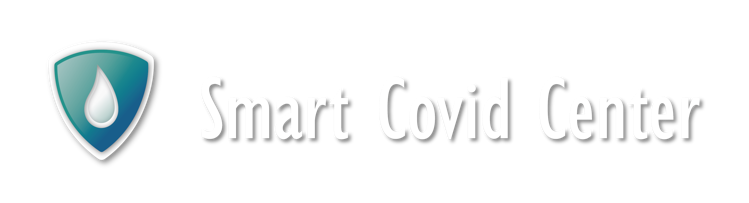
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | aláírás\* / signature\* |

*\*18 éven aluli személy esetén a hozzájárulást a törvényes képviselőnek kell megadni.*

*(Cselekvőképtelen kiskorú, vagy egyébként cselekvőképtelen személy esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy e tekintetben egyébként korlátozottan cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával együtt érvényes.)*

*\* In the case of a person under the age of 18, the consent must be given by the legal representative.*

*(In the case of a minor who is incapacitated or a person who is legally incapacitated, the consent may be given by his or her legal representative. The consent of a minor with limited legal capacity or a person with limited legal capacity in this respect shall be valid together with the consent of his or her legal representative.)*



Az aláírt beleegyező nyilatkozat és betegtájékoztató **visszavonásig** vagy a **produkció / forgatás végéig érvényes** a további szűrések alkamával nem kerül kitöltésre és aláírásra.

*The signed consent form an patient information leaflet is* ***valid until revoked*** *or* ***until the end of the production / shooting****. The documents will not be signed during further testing.*

Kijelentem, hogy beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

*I declare that I give my consent voluntarily, without influence, knowing that it may be revoked at any time, orally or in writing, without giving reasons.*

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a lent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

*Aware of my criminal responsibility, I declare that the information provided below is true.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Név / Name:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési hely, idő / Place of birth and date:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **TAJ szám*\** / Health insurance number*\**** | {SZEMÉLY\_AZON} |

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

*(\* If the EU card number does not have a TAJ number, passport number for patients from non-EU countries)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kelt. / Date: |  | , 2020. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | aláírás\* / signature\* |

*\*18 éven aluli személy esetén a hozzájárulást a törvényes képviselőnek kell megadni.*

*(Cselekvőképtelen kiskorú, vagy egyébként cselekvőképtelen személy esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy e tekintetben egyébként korlátozottan cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával együtt érvényes.)*

*\* In the case of a person under the age of 18, the consent must be given by the legal representative.*

*(In the case of a minor who is incapacitated or a person who is legally incapacitated, the consent may be given by his or her legal representative. The consent of a minor with limited legal capacity or a person with limited legal capacity in this respect shall be valid together with the consent of his or her legal representative.)*

**Consent form - PCR**

regarding the screening of SARS-CoV-2 virus by PCR (a procedure according to international standards) for **WHITE COMPLET DENT PLUS Kft** & **GYÓGYÍTÓ MAGYAROK Kft,**  hereinafter referred to as *Sample Processor* and *Data Controller*.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |  | **Legal guardian:** | na |
| **Place and date of birth:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |  | **National insurance number\*:** | {SZEMÉLY\_AZON} |
| **Mother’s maiden name:** | na |  | **GP’s name:** | {ORVOS\_NÉV} |
| **Phone number:** | na |  | **GP’s phone number:** | {ORVOS\_EMAIL} |
| **E-mail:** | {SZEMÉLY\_EMAIL} |  | **Time of sampling (hh mm):** | {MEGJELENT} |

*(\*In the case of not having a national insurance number, enter your EU card number, and in the case of being a non-EU patient, enter your passport number.)*

I declare that I have received adequate information prior to the sampling, I have read and understood the patient information leaflet attached, and that I have read and comply with the requirements of the sampling instructions. I have been able to ask questions over the phone and I have been given satisfactory and understandable answers.

I consent to the SARS-CoV-2 test being carried out on the sample taken for screening, and the joint processing of my sample, personal identification data and data obtained from the test in accordance with the requirements of the relevant data protection legislation.

I agree that the Data Controller sends the test result in an encrypted document to the e-mail address I provided. I acknowledge that, in addition to the security measures above, the communication of data on the Internet involves risks over which the Data Controller has no influence. I accept these risks.

In case of a positive result, I agree to notify my GP immediately and follow the instructions in compliance with the official epidemiological protocol. I accept that, in case of a positive result, my data will be handled and forwarded in accordance with the applicable legal obligations under the currently effective EMMI (Ministry of Human Capacities) manual, NNK (National Public Health Centre) procedures and WHO guideline. I accept that the issuance and collection of the sampling units are performed by WHITE COMPLET DENT PLUS Kft & GYÓGYÍTÓ MAGYAROK Kft, and they forward them to AVIDIN Kutató, Fejlesztő és Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság according to the data protection rules.

I acknowledge that detailed information on sample and data transmission can be found on the Sample Processor’s website (www.koronavirusteszt.net).

I acknowledge that in the absence of any data, the Sample Processor will not be able to perform the test.

I acknowledge that the solution made of the sample will be destroyed within 30 days.

I declare that I give my consent voluntarily, without any influence, knowing that it may be revoked at any time, orally or in writing, without giving detailed reasons.

By signing, I certify that I have read the Data Management Regulations of the Data Controller \*, and I accept its content.

*\* The data management policy is available at our colleagues in a printed form and it also can be found online at www.koronavirusteszt.net.*

I the undersigned, being fully aware of my legal liability, do solemnly declare that the data provided above are true.

|  |  |
| --- | --- |
| Place and date: | Budapest, 2020. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | signature\* |

*\* In the case of a person under the age of 18, the consent must be given by the legal representative.*

*(In the case of a minor who is incapacitated or a person who is legally incapacitated, the consent may be given by his or her legal representative. The consent of a minor with limited legal capacity or a person with limited legal capacity in this respect shall be valid together with the consent of his or her legal representative.)*

**PATIENT INFORMATION LEAFLET - PCR test**

The **PCR test** is based on a polymerase chain reaction that can detect viral RNA. This test can only be used if the coronavirus is already present in the bloodstream and airway mucosa, so if you have already noticed any symptoms. Its great advantage is that the virus shows a positive result even a few days before the onset of clinical symptoms, but not in all cases, so it may be necessary to repeat it. If the person infected with the coronavirus recovers, the virus disappears from the mucous membranes, so another test may confirm that the disease has stopped. Two negative tests after a positive test show that the disease is no longer present in the body.

It is the most advanced microbiological method, it detects the presence of viral RNA with great certainty and shows results within 24 hours.

**PCR TEST - how is it carried out?**

Using a sampling swab, the test is performed on patients arriving in the morning on an empty stomach. The patient must not drink, brush his/her teeth, smoke or eat before the examination, and it is recommended to carry out the test as soon as possible after waking up.

The sample is taken using the sampling swab. The patient is first asked to perform three minor coughs or clear his/her throat with the mouth closed, and then, with the mouth open, a sample is taken with the sampling swab from both sides of the pharynx. The test is performed well if the patient retches during the test.

**The result of the PCR:**

**In the case of a positive result**: viral RNA was detected in the airway sample taken from the patient, so the patient is infected. In the case of a positive sample, we follow the current procedure: we have a reporting obligation. In the case of a positive PCR, the patient is placed under official quarantine.

**In the case of a negative result**: the airway sample taken from the patient does not contain viral RNA

**I acknowledge the information read above and agree to the relevant epidemiological consequences, in view of the emergency, I agree that the service provider forwards my data to third parties for epidemiological measures in accordance with the relevant procedures.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Place and date of birth:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Mother’s maiden name:** | na |
| **National insurance number\*:** | na |
| **Legal representative/guardian:** | na |

*(\*In the case of not having a national insurance number, enter your EU card number, and in the case of being a non-EU patient, enter your passport number.)*

**Beleegyező nyilatkozat - PCR**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |  | **Törvényes képviselő / gyám:** | nope |
| **Születési hely, idő:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |  | **TAJ szám\*:** | {SZEMÉLY\_AZON} |
| **Anyja neve:** | nope |  | **Háziorvos neve:** | {ORVOS\_NÉV} |
| **Telefonszáma:** | nope |  | **Háziorvos telefonszáma:** | {ORVOS\_EMAIL} |
| **E-mail:** | {SZEMÉLY\_EMAIL} |  | **Mintavétel ideje (óra, perc):** | {MEGJELENT} |

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

Nyilatkozom, hogy a mintaadás előtt megfelelő tájékoztatást kaptam, a csatolt betegtájékoztatót elolvastam, megértettem, a mintavételi útmutató előírásait megismertem és betartom. Telefonon kérdéseket tehettem fel és ezekre a felvilágosítást adó számomra kielégítő és érthető válaszokat adott.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a levett mintából előszűrés céljából a SARS-CoV-2 vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően kezeljék.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő a vizsgálati eredményt az általam megadott e-mail címre, elektronikus formában juttassa el titkosított dokumentum formájában. Tudomásul veszem, hogy az interneten történő adatközlés a fenti biztonsági intézkedések mellett is kockázatokkal jár, amelyre az Adatkezelőnek nincs befolyása. A fenti kockázatot elfogadom.

Vállalom, hogy pozitív eredmény esetén háziorvosomat soron kívül értesítem és követem a hivatalos járványügyi protokollnak megfelelő utasításokat. Tudomásul veszem, hogy pozitív eredmény esetén az adataimat az aktuális érvényes EMMI kézikönyv, NNK eljárásrend és WHO guideline alapján jogszabályi kötelezettségnek megfelelően kezelik és továbbítják. Tudomásul veszem, hogy a mintavételi egységek kiadását és begyűjtését a WHITE COMPLET DENT PLUS Kft. & GYÓGYÍTÓ MAGYAROK Kft. végzi és továbbítja az AVIDIN Kutató, Fejlesztő és Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság felé az adatvédelmi szabályoknak megfelelően.

Tudomásul veszem, hogy részletes tájékoztatás a minta- és adattovábbításról megtalálható a Mintafeldolgozó honlapján (www.koronavirusteszt.net).

Tudomásul veszem, hogy bármely adat hiányában a vizsgálatot a Minta feldolgozójának nem áll módjában elvégezni.

Tudomásul veszem, hogy a mintából készült oldat 30 napon belül megsemmisítésre kerül.

Kijelentem, hogy beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

Aláírásommal igazolom, hogy az Adatkezelő adatkezelési szabályzatát\* elolvastam, annak tartalmát elfogadom.

*\*Az adatkezelési tájékoztató nyomtatott formában hozzáférhető kollégáinknál, valamint online megtalálható a* [*www.koronavirusteszt.net*](webSettings.xml) *oldalon.*

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a fent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kelt.: | Budapest | , 2020. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | aláírás\* |

*\*18 éven aluli személy esetén a hozzájárulást a törvényes képviselőnek kell megadni.*

*(Cselekvőképtelen kiskorú, vagy egyébként cselekvőképtelen személy esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy e tekintetben egyébként korlátozottan cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával együtt érvényes.)*

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ – PCR teszt**

A **PCR teszt** polimeráz láncreakción alapul, mely a vírus RNS-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. Ha a koronavírus fertőzött meggyógyul, a vírus eltűnik a nyálkahártyáról, ezért egy újabb teszt elvégzése igazolhatja a betegség megszűnését. Pozitív teszt után végzett két negatív teszttel mutatható ki, hogy a betegség már nincs jelen a szervezetben.

Legfejlettebb mikrobiológiai eljárás, igen nagy biztonsággal mutatja ki a vírus RNS jelenlétét és 24 órán belül eredményt mutat.

**PCR teszt - hogyan?**

Egy mintavevő pálca segítségével reggel éhgyomorra érkező betegnél végezzük a vizsgálatot. A betegnek sem inni, sem fogat mosni, sem dohányozni, sem enni 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.

**PCR eredménye:**

**Pozitivitás esetén:** a betegtől levett légúti mintában sikerült kimutatni a vírus RNS-et, tehát a beteg, fertőzött. Pozitív minta esetén a mindenkori eljárásrend szerint járunk el, tehát jelentési kötelezettségünk van. Pozitív PCR esetén a beteg, tehát hatósági karantén alá kerül.

**Negatívitás eseten:** a betegtől levett legúti minta nem tartalmazza a vírus RNS-t

**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:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési hely, idő:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Anyja neve:** | nope |
| **TAJ szám\*:** | nope |
| **Törvényes képviselő / gyám:** | nope |

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

**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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** {SZEMÉLY\_NÉV} | **Törvényes képviselő / gyám: na** |
| **Születési hely, idő**: {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} | **TAJ szám\*:** {SZEMÉLY\_AZON} |
| **Anyja neve:** Nincs adat | **Háziorvos neve:** {ORVOS\_NÉV} |
| **Telefonszáma:** Nincs adat | **Háziorvos telefonszáma:** {ORVOS\_EMAIL} |
| **E-mail:** {SZEMÉLY\_EMAIL} | **Mintavétel ideje (óra, perc):** {MEGJELENT} |

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

Nyilatkozom, hogy a mintaadás előtt megfelelő tájékoztatást kaptam.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a levett mintából előszűrés céljából a SARS-CoV-2 vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően kezeljék.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő a vizsgálati eredményt az általam megadott e-mail címre, elektronikus formában juttassa el titkosított dokumentum formájában. Tudomásul veszem, hogy az interneten történő adatközlés a fenti biztonsági intézkedések mellett is kockázatokkal jár, amelyre az Adatkezelőnek nincs befolyása.

A fenti kockázatot elfogadom.

Pozitív minta esetén vállalom, hogy a szolgáltató által javasolt módon járok el, és mindenkori eljárásrend szerint betartom a fertőzéssel kapcsolatosan rám vonatkozó szabályokat.

Tudomásul veszem, hogy részletes tájékoztatás a minta- és adattovábbításról megtalálható a Mintafeldolgozó honlapján (www.koronavirusteszt.net).

Tudomásul veszem, hogy bármely adat hiányában a vizsgálatot a Minta feldolgozójának nem áll módjában feldolgozni.

Kijelentem, hogy beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

Aláírásommal igazolom, hogy az Adatkezelő adatkezelési szabályzatát\* elolvastam, annak tartalmát elfogadom.

*\*Az adatkezelési tájékoztató online megtalálható a* [www.koronavirusteszt.net](header1.xml) *oldalon.*

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a fent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kelt.: |  | , 2020. |  |  |  |

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:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési hely, idő:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Anyja neve:** | nope |
| **TAJ szám\*:** | nope |
| **Törvényes képviselő / gyám:** | nope |

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

**VIZSGÁLATI ÖSSZEFOGLALÓ**

**SZEROLÓGIAI VIZSGÁLAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Név:** |  | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési idő:** |  | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ} |
| **TAJ szám\*:** |  | {SZEMÉLY\_AZON} sz.a. |
| **Lakcím:** |  | {SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Telefonszám:** |  | na |
| **E-mail cím:** |  | {SZEMÉLY\_EMAIL} |
| **Vizsgálati anyag:** |  | *vér* |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elvégzett vizsgálatok** | COVID-19 IVD immunológiai diagnosztikai vizsgálat | | | |
| **Infektológiai vélemény** | A vizsgálat értékelése és minőségbiztosítási kontrollja: | | | |
| **Orvos neve:** | Dr. Gábor | **Pecsétszám:** | 42069 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Megnevezés** | **Minősítés** | **Vélemény** |
| SARS CoV-2 IgM |  | Specifikus SARSCoV-2 elleni ellenanyagot nem sikerült azonosítani. A SARSCoV-2 (COVID-19) fertőzéssel szemben fogékony nagy valószínűséggel. |
| SARS CoV-2 IgG |  | Specifikus SARSCoV-2 elleni ellenanyagot nem sikerült azonosítani. A SARSCoV-2 (COVID-19) fertőzéssel szemben fogékony nagy valószínűséggel. |
| Infektológiai vélemény | - | PCR vizsgálat javasolt |

**Szakorvosi javaslat:** Az új koronavírus fertőzésveszély minimalizálása miatt fontos, hogy a továbbiakban fokozottan figyeljen a személyes higiénia betartására (rendszeres és alapos kézmosás, a környezetében lévő tárgyak rendszeres takarítása, fertőtlenítése), valamint a járványügyi veszélyhelyzet időtartama alatt a személyes érintkezések minimalizálására.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kelt.: |  | , 2020. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dr. b |
| aláírás |