**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*](http://www.koronavirusteszt.net) *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.)*