**Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи,**

**яка відповідає визначенню випадку COVID-19**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження** | | | | | | | |
| **Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок** | | | | | {zoz} | | |
| **Лікар** | | {senderFullName} | | |  | | |
| **Адреса** | | {zozAddress} | | | | | |
| **Номер телефону** | |  | | |  | | |
| Визначення випадку: | | {diagnos} | | | | | |
| **Інформація про пацієнта** | | | | | | | |
| **Ім’я** | | {patientFirstName} | | | **Прізвище** | {patientLastName} | |
| **Номер пацієнта** | |  | | | **Дата народження** | {patientBirthDate} | **Вік:{patientAge}** |
| **Адреса** | | {sickPatientAddress} | | | **Стать** | {patientSex} | |
| **Номер телефону** | | {patientPhone} | | |  |  | |
| **Інформація про зразок** | | | | | | | |
| **Тип** | {materialType} | | | | | | |
| **До всіх відібраних зразків необхідно ставитись** як до потенційно інфікованих, **тому Ви повинні сконтактувати з лабораторією ДО надсилання зразку.**  Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «B» настанов з транспортування зразків. | | | | | | | |
| Будь ласка, зазначте, якщо зразок було забрано після смерті пацієнта ☐ | | | | | | | |
| **Дата забору** | |  | | | **Час забору** |  | |
| **Пріоритетність** | |  | | | | | |
| **Клінічні дані** | | | | | | | |
| **Дата початку захворювання:** | | 21-09-2020 | |  | |  | |
| **Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу**  **SARS-CoV-2?** | | | * Так * **Ні** | **Країна** | |  | |
| **Дата повернення** | |  | |
| **Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?** | | | | * Так ☐Ні ☐**Невідомо** | | | |
| **Назва установи, лабораторії , що проводила дослідження** | | | |  | | | |
| **Результат дослідження на COVID-19** | | | | * Позитивний ☐Сумнівний * Негативний | | | |
| **Дата отримання результату дослідження** | | | |  | | | |
| **Метод дослідження** | | | | * ПЛР ☐ Швидкий тест (імунохроматографія) ☐ІФА | | | |
| **Комерційна назва тест-системи для виявлення,**  **виробник** | | | |  | | | |
| **Назва обладнання, на якому проводилось дослідження** | | | |  | | | |
| **Додаткові коментарі** | | {additinalInfo} | | | | | |

**Розділ таблиці “Інформація про пацієнта” заповнюється лише друкованими літерами**