**Направлення на лабораторне тестування особи,**

**яка має бажання перервати обсервацію, самоізоляцію у зв’язку з перетином державного кордону (яка прибула з держави або є громадянином (підданим) держави із значним поширенням COVID-19) або пунктів в’їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономної Республіки Крим та м. Севастополя та виїзду з них**

|  |
| --- |
| **Інформація щодо запиту на лабораторне дослідження** |
| **Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок\*** | ТОВ "Медичний центр здоров'я" |
| **Адреса** | 61058, м. Харків, пр. Незалежності, 13 |
| **Номер телефону** |  | 057-783-33-33 |
| **Інформація про пацієнта** |
| **Ім’я**  |  | **Прізвище** |  |
| **Номер пацієнта**  |  | **Дата народження** |  | **Вік:**  |
| **Адреса** |  | **Стать** | * Ч ☐ Ж ☐ Невідомо
 |
| **Номер телефону, який зазначено у мобільному додатку «Дій вдома»** |  |  |  |
| **Інформація про зразок** |
| **Тип** | * Назо- або орофарингеальний мазок ☐ Бронхоальвеолярний лаваж ☐ Ендотрахеальний аспірат ☐ Назофарингельний аспірат ☐ Назальний змив ☐ Мокротиння

☐ Легенева тканина ☐ Сироватка крові ☐ Цільна кров ☐ Сеча ☐ Калові маси |
| **Дата забору**  |  | **Час забору** |  |
| **Клінічні дані** |
| **Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу3 SARS-CoV-2?** | * Так
* Ні
 |  **Країна** |  |
| **Дата повернення** |  |
| **Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?** | * Так ☐ Ні ☐ Невідомо
 |
| **Назва установи, лабораторії , що проводила дослідження** | ТОВ "Медичний центр здоров'я" |
| **Результат дослідження на COVID-19** | * Позитивний ☐Сумнівний
* Негативний
 |
| **Дата отримання результату дослідження** |  |
| **Метод дослідження** | * ПЛР
 |
| **Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник** |  |
| **Назва обладнання, на якому проводилось дослідження** |  |
| **Додаткові коментарі** |  |
| **Перетин державного кордон України або контрольного пункту в’їзду-виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь** |  |
| **Дата перетину державного кордону або контрольного пункту в’їзду – виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь** |  |
| **Згода на передачу інформації для припинення самоізоляції/обсервації та припинення контролю місцеперебування за допомогою мобільного додатку «Дій вдома»** | П.І.Б. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис особи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |