**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |