



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*			
Адреса			
Номер телефону			
Інформація про пацієнта			
Ім'я		Прізвище	
Номер пацієнта		Дата народження	Вік:
Адреса		Стать	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Невідомо
Номер телефону, який зазначено у мобільному додатку «Дій вдома»			
Інформація про зразок			
Тип	<input type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок <input type="checkbox"/> Бронхоальвеолярний лаваж <input type="checkbox"/> Ендотрахеальний аспірат <input type="checkbox"/> Назофарингальний аспірат <input type="checkbox"/> Назальний змив <input type="checkbox"/> Мокротиння <input type="checkbox"/> Легенева тканина <input type="checkbox"/> Сироватка крові <input type="checkbox"/> Цільна кров <input type="checkbox"/> Сеча <input type="checkbox"/> Калові маси		
Дата забору	Час забору		
Клінічні дані			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу ³ SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна	
		Дата повернення	
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження	Лабораторія молекулярно-генетичних досліджень ТОВ «ДІАСЕРВІС»		
Результат дослідження на COVID-19	<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний		
Дата отримання результату дослідження			
Метод дослідження	<input type="checkbox"/> ПЛР		
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник	"Набір реагентів для виділення та виявлення вірусу SARS-CoV-2, N1 та E ген методом ПЛР у режимі реального часу", ТОВ "Діаген"		
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження	CORBETT RESEARCH ROTOR GENE 6000		
Додаткові коментарі			
Перетин державного кордону 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 _____		

Згода на лабораторне тестування матеріалу для визначення випадку COVID-19

Інформація про пацієнта:

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Місце реєстрації згідно паспорта _____

Фактичне місце проживання _____

Номер телефону _____

Електронна адреса (за наявності) _____

Мета проведення досліджень: _____

(дострокове переривання обсервації, самоізоляції у зв'язку з перетином державного кордону на в'їзд на територію України, перетин державного кордону на виїзд за межі України, планова госпіталізація, інше)

Я, _____
(прізвище, ім'я, по-батькові)

надаю однозначну згоду на обробку моїх персональних даних у відповідності до мети обробки відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» для захисту життєво важливих інтересів у зв'язку з потенційним ризиком захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19), спричинену коронавірусом SARS-CoV-2.

Я проінформований та згодний(а) з порядком поводження з результатами молекулярно-генетичних досліджень з якісного виявлення РНК вірусу Covid-19 з біологічного матеріалу із застосуванням ПЛР, визначеному чинним законодавством.

Своїм підписом надаю згоду та підтверджую, що ознайомлений(на) з умовами проведення лабораторного тестування, згідно з якими крім іншого: “Пацієнт зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні для здійснення ідентифікації (з'ясування його особи та іншої необхідної додаткової інформації). Відповідальність за достовірність наданої інформації несе Пацієнт. У разі ненадання пацієнтом необхідних документів чи відомостей або умисного подання неправдивих відомостей про себе медичний заклад відмовляє пацієнту у його обслуговуванні.” Документом, що підтверджує особу є паспорт громадянина України (громадянина іншої держави, посвідка на постійне проживання, закордонний паспорт), при цьому ID паспорт без додатка є недійсним.

Для проходження лабораторного тестування з метою дострокового переривання обсервації, самоізоляції у зв'язку з перетином державного кордону на в'їзд на територію України обов'язково надається закордонний паспорт.

3. Обізнаний зі змістом ст. 44-3 Кодексу України про адміністративні правопорушення
4. Обізнаний зі змістом ст. 325 Кримінального Кодексу України
5. Інформована згода прочитана мною до її підписання, зміст її мені зрозумілий та не потребує додаткових роз'яснень.

Дата

підпис

ПІБ

Повноту та достовірність заповнення направлення перевірів працівник медичного закладу, відповідальний за ідентифікацію пацієнта: