

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
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження		
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		
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження		
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 _____

**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**