



**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			
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 _____	