

**Приватне підприємство «Медіан»**

**Місцезнаходження: 02034 м. Київ, вул. Лаврухіна 11, кв.3**

**Фактична адреса: 04071 м. Київ, вул. Ярославська 55**

**Ліцезія №АГ 602108 від 28.06.2011;**

**Акредитація МЗ №01484 від 28.04.2020;**

**e-mail** **median@ukr.net****,** [**www.median.kiev.ua**](http://www.median.kiev.ua)

**ЄДРПОУ 32377420**

**Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19**

|  |
| --- |
| **Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження** |
| **Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок** |  |
| **Лікар** |  |  |
| **Адреса** |  |  |
| **Номер телефону** |  |  |
| **Визначення випидадку:** | **☐ Підозрілий ☐ Ймовірний**  |
| **Інформація про пацієнта (інформація заповнюється пацієнтом)** |
| **Ім'я**  |  | **Прізвище** |  |
| **Номер****пацієнта** |  | **Дата народження** |  | **Вік:** |
| **Адреса** |  | **Стать** | **☐ Ч ☐ Ж ☐ Невідомо** |
| **Номер****телефону** |  |  |  |
| **Інформація про зразок (інформація заповнюється лікарем)** |
| **Тип** | **☐** Назо – або орофарингеальний мазок  |
| **Дата збору** |  | **Час забору** |  |
| **Пріорітетність** |  |  |
| **Клінічні дані (інформація заповнюється лабораторією)** |
| **Дата початку захворювання**  |  |  |  |
| **Чи перебував пацієнт у****країнах з місцевою****передачею вірусу****SARS-CoV-2?** | **☐ Так****☐ Ні** | **Країна** |  |
| **Дата****Повернення** |  |
| **Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?** | **☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо** |
| **Назва установи, лобораторії, що проводила дослідження** |  |
| **Результат дослідження на COVID-19** | **☐ Позитивний ☐ Сумнівний** **☐ Негативний** |
| **Дата отримання результату дослідження** |  |
| **Метод дослідження** | **☐ ПЛР ☐ Швидкий тест (імунохроматографія) ☐ ІФА** |
| **Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник** |  |
| **Назва обладнання, на якому проводилось дослідження** |  |