

**Направлення на лабораторне тестування 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 випадку:	<input type="checkbox"/> Підозрілий <input type="checkbox"/> Ймовірний		
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			
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		
До всіх відібраних зразків необхідно ставитись як до потенційно інфікованих, тому Ви повинні контактувати з лабораторією ДО надсилання зразку². Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «В» настанов з транспортування зразків.			
Будь ласка, зазначте, якщо зразок було забрано після смерті пацієнта <input type="checkbox"/>			
Дата забору		Час забору	
Пріоритетність			
Клінічні дані			
Дата початку захворювання:			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так	Країна	
	<input type="checkbox"/> Ні	Дата повернення	
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
Додаткові коментарі			