**Направление на лабораторное исследование для определения возбудителя**

**COVID-19 (SARS-CoV-2)**

от « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года

|  |
| --- |
| **Контактные данные учреждения, направляющего материал** |
| **Название ЛПУ** | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД»  |
| **Телефон ЛПУ**  | **8(3902)35-50-82, 8(3902)21-54-41** |
| **Цель исследования** | **Новая коронавирусная инфекция (2019-nCov)** |
| **Сведения о пациенте** |
| **ФИО (полностью)** |  |
| Я, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, адрес места жительства , мест работы или род деятельности, контактный номер телефона, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях при условии, при условии что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранить врачебную тайну. Я даю добровольное согласие на медицинское вмешательство для получения первичной медико-санитарной помощи в обьеме: мазок из ротоглотки, мазок из носоглотки. Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-Даю согласие, на получение результата ПЦР -исследования на COVID-19 посредством СМС-рассылки, осуществляемой страховой медицинской организацией, и оповещением через ГАУ РХ «ЦИНТ Хакасии» |
| **Пол** |  | КОД 10 |
| **Дата рождения** |  |
| **Место проживания (фактический адрес)** |  |
| **Страховая медицинская организация** |  |
| **Номер страхового полиса** |  |
| **Телефон (мобильный)** |  |
| **Место работы, учебы, ДДУ**  |  |
| **Фактический адрес места работы** |  |
| **Дата последнего посещения работы, учебы, ДДУ**  |  |
| **Эпидемиологический анамнез, включая место и время пребывания (указывается страна, населенный пункт)** |  |
| **Дата появления симптомов респираторного заболевания** |  |
| **Дата обращения за медицинской помощью** |  |
| **Предварительный диагноз** |  |
| **Состояние (тяжесть заболевания) при обращении за медицинской помощью (бессимптомное, ОРВИ, внебольничная пневмония)** |  |
| **Сопутствующий диагноз** |  |
| **Сведения о материале** |
|  **Номер на биоматериале:** |
| **Дата отбора материала** |  |
| **ФИО, должность забиравшего материал** |  |
| **Дата получения материала в лабораторное подразделение** |  |