

За издаване на фактура:  
 физическо лице  юридическо лице  
Данни на юридическото лице:  
ЕИК:  
ИН по ЗДДС:  
Име:  
Адрес:  
МОЛ:

## Медицински Център „СЕЛЕНА - Л” ЕООД

Стара Загора, ул. " Отец Паисий "139

042 956 655; 0885 386 655;

[www.mcselelena.com](http://www.mcselelena.com); e-mail: [info@mcselelena.com](mailto:info@mcselelena.com)

## ПОРЪЧКА ЗА SARS-CoV-2 Ag тест

### ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

Име, презиме и фамилия на пациента: .....

ЕГН 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата на раждане:..... Пол :  мъж ♂  жена ♀

или

ЛНЧ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Тел.:.....

Настоящ адрес:.....

#### **Необходимост от сертификат на английски език**

➤ Име, презиме и фамилия на латиница, съгласно документа за самоличност:

.....

➤ Номер на документа за самоличност: .....

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> Без контакт</p> <p><input type="checkbox"/> В контакт с пътували в чужбина</p> <p><input type="checkbox"/> В контакт с потвърден случай на 2019-nCoV</p> <p><input type="checkbox"/> В контакт със съмнителен случай на 2019-nCoV</p> <p><input type="checkbox"/> Без оплаквания</p> <p><input type="checkbox"/> С оплаквания</p> | <p>Пробовземането е извършено от:</p> <p>Пробата е получена от:</p> <p>Изследването е извършено от:</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ВИД НА ПРОБАТА – назофаренгиален секрет

### КЛИНИЧНА И ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

При наличие на оплаквания

Пътуване в чужбина за последните 14 дни

#### **Клинични детайли**

Повишена температура

Кашлица

Задух / затруднено дишане

Възпалено гърло

Клинични данни за пневмония / ARDS

Рентгенологични данни за пневмония / ARDS

Други:

Начало на симптомите:

#### **Ако да:**

В коя държава? .....

Дата на завръщане в България:

Ваксина срещу сезонен грип

Да  Не  Неизвестно

Придружаващи заболявания:

(Моля уточнете)

Дата на пробовземане:

Час:

Подпис на пациента:

## ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ГЕНЕТИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

*Генетичният анализ представлява установяване наличието на маркери от генома на SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) и генетичен маркер от пациента (ендогенна контрола). Процесът включва предлабораторна практика на изземване на биологичния материал (назофарингеален и орофарингеален секрет), лабораторни процеси по изолиране и амплификация на вирусна и ендогенна РНК.*

Име.....

Дата на раждане:..... Телефон:.....

Дата на посещението.....

Основание за анализа и съпътстващи фактори .....

Поръчка за анализ.....

*/вид изследване/*

При поръчка за анализ в пул съм информиран(а), че при положителен резултат на пула, в който участвам е необходимо допълнително изследване за изясняване на източника на генетичен материал на SARS-CoV-2 като изследването ще бъде заплатено от мен.

Информиран(а) съм относно изследването, което ми предстои и минималния риск по процедурата за вземане на биологичния материал: назофарингеален секрет, а именно:

1. Дискомфорт, сърбеж в мястото на изземване на биологичния материал.
2. В редки случаи по време на самата манипулация или непосредствено след нея е възможно поява на локална болка.
3. В изключително редки случаи при вземане на назофарингеален секрет може да възникне кръвотечение от носа.

**Давам съгласие за вземане на биологичен материал от моите непълнолетни лица за SARS-CoV-2 PCR анализ с горепосоченото основание:**

*(Попълва се при необходимост за изследване на вашето непълнолетно дете)*

Име..... дата на раждане.....

Съгласен съм неизползваното количество ДНК да се съхранява и използва за качествен контрол и научни изследвания.

Декларирам, че съм съгласен резултатът от изследването да ми бъде изпратен на ел.поща:.....

Дата:.....

подпис на пациента:.....