

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.mcselena.com; e-mail: info@mcselena.com

ПОРЪЧКА ЗА SARS-CoV-2 PCR

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:

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

ВИД НА ПРОБАТА – назофаренгиален секрет

КЛИНИЧНА И ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

<input type="checkbox"/> При наличие на оплаквания	<input type="checkbox"/> Пътуване в чужбина за последните 14 дни
Клинични детайли	Ако да:
<input type="checkbox"/> Повишена температура	В коя държава?
<input type="checkbox"/> Кашлица	Дата на завръщане в България:
<input type="checkbox"/> Задух / затруднено дишане	Ваксина срещу сезонен грип
<input type="checkbox"/> Възпалено гърло	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Неизвестно
<input type="checkbox"/> Клинични данни за пневмония / ARDS	Придружаващи заболявания:
<input type="checkbox"/> Рентгенологични данни за пневмония / ARDS	(Моля уточнете)
<input type="checkbox"/> Други:	
Начало на симптомите:	

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:.....