



ДКЦ Неоклиник ЕАД

гр. София
бул. П. Ю. Тодоров №20
Тел.: 0700 10 744
www.neoclinic.bg

ПОРЪЧКА ЗА ТЕСТ ЗА COVID -19 / АНТИГЕНЕН ТЕСТ

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

баркод

Име, презиме, фамилия на пациента:

адрес:

e-mail:

тел.

Личен лекар:

ЕГН

Пол:

мъж

жена

<input type="checkbox"/> В контакт	Дата на пробовземане: _____ Час: _____
<input type="checkbox"/> Хоспитализиран	
<input type="checkbox"/> Друго	

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРОБАТА

<input type="checkbox"/> Пълна кръв	<input type="checkbox"/> Назофарингиален тампон
<input type="checkbox"/> Кръвен серум	<input type="checkbox"/> Орофарингеален тампон
<input type="checkbox"/> Кръвна плазма	<input type="checkbox"/>

КЛИНИЧНА И ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

<input type="checkbox"/> В контакт с потвърден случай на 2019-nCov	<input type="checkbox"/> Пътуване в чужбина последните 14 дни
Моля, отбележете наличие на:	Ако да:
<input type="checkbox"/> Треска	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"/> други	Придружаващи заболявания:
Начало на симптомите	

ВИД на ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Ag (антиген) срещу 2019-nCov	
IgM антитела срещу 2019-nCov	IgG антитела срещу 2019-nCov
IgG антитела срещу 2019-nCov количествено	
SARS-CoV-2 RNA: RT-PCR	

Декларирам, че съм съгласен данните ми да бъдат представени на отговорните власти, в случай, че бъде регистриран положителен резултат от изследването.

Подпис: