

Solicit primirea rezultatului in limba romana

limba engleza

Anexa 1

**Formularul de însoțire a probei recoltate de la cazul SUSPECT / CONFIRMAT COVID-19
sau de la alte categorii de persoane**

Tip investigatie solicitata: detectie SARS-CoV-2 prin RT-PCR

Solicitant probă (DSP/ spital/ laborator/ SAJ, SABIF/cabinet medical) _____

Catre Laborator diagnostic molecular Spital Clinic CF Oradea

Proba la cerere **Proba conform metodologiei INSP**

Nume:* _____

Prenume:* _____

Adresa de rezidenta:* _____

Adresa de domiciliu: * _____

CNP:* | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Varsta:* _____

Nr. telefon mobil:* _____

Adresa e-mail:* _____

Personal medico-sanitar:

- Medic
- Asistent
- Ambulantier
- Infirmier
- Altele

Data recoltarii probei: _____

Tipul probei prelevate:

- exsudat nazal / exsudat faringian
- aspirat traheo-bronsic
- fragmente necroptice de pulmon

Data trimiterii probei catre laborator: _____

RECOLTAT / INTOCMIT _____

FORMULARUL SE VA COMPLECTA CU MAJUSCULE

Persoana testata are obligatia comunicarii datelor personale corecte si este informata ca aceste date vor fi utilizate pentru transmiterea rezultatelor. Persoana care completeaza datele din prezentul formular isi asuma corectitudinea introducerii corecte a datelor.

Semnatura / data * _____

¹ Inklusiv centrele rezidentiale

* completarea acestori campuri de catre solicitantul testarii este obligatorie