

ЛАБОРАТОРИЯ

(данни за лабораторията – адрес, ръководител, телефон за връзка, ел поща и т.н.)

Моля попълнете всички данни

ПОРЪЧКА ЗА БЪРЗ ТЕСТ ЗА 2019-nCoV IgG/IgM

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

Име, презиме и фамилия на пациента:

ЕГН [x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x]

Пол : мъж ♂ жена ♀

<input type="checkbox"/> В контакт	Дата на пробовземане:	Час:
<input type="checkbox"/> Хоспитализиран	Пробовземането е извършено от:	
<input type="checkbox"/> В интензивно отделение	Пробата е получена от:	
<input type="checkbox"/> На апаратна вентилация	Изследването е извършено от:	

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРОБАТА

<input type="checkbox"/> Пълна кръв <input type="checkbox"/> Кръвен серум <input type="checkbox"/> Кръвна плазма Друго: <input type="checkbox"/> Пробата е взета post mortem	<p>Всички постъпили проби трябва да бъдат третирани като материали на инфектирани пациенти с опасни патогени от група 3.</p> <p>Пробите трябва да бъдат изпращани в лабораторията в съответствие с указания за транспортиране Категория Б.</p>
--	--

КЛИНИЧНА И ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

<input type="checkbox"/> В контакт с потвърден случай на 2019-nCoV	<input type="checkbox"/> Пътуване в чужбина за последните 14 дни
Клинични детайли <input type="checkbox"/> Треска <input type="checkbox"/> Кашлица <input type="checkbox"/> Задух / затруднено дишане <input type="checkbox"/> Възпалено гърло <input type="checkbox"/> Клинични данни за пневмония / ARDS <input type="checkbox"/> Рентгенологични данни за пневмония / ARDS Начало на симптомите:	Ако да: В коя държава? Дата на завръщане в България: Ваксина срещу сезонен грип <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Неизвестно Придружаващи заболявания: (Моля уточнете)

РЕЗУЛТАТ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО:

IgM антитела срещу 2019-nCoV:	IgG антитела срещу 2019-nCoV:
-------------------------------	-------------------------------

Интерпретация (попълва се задължително):

Дата:

Извършил изследването:

Лекар: