

УВАГА!

ВІДБІР ПРОБ З 09-00 до 11-00

**ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ОБОВ'ЯЗКОВЕ!**

ЗАЯВА

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 р.

В.о. директора  
ДУ «Полтавський обласний  
Лабораторний центр  
МОЗ України»  
Хайлову А.В.

Прошу провести лабораторне дослідження методом ПЛР на COVID-19 та видати результати, а у разі негативного результату забезпечити зняття мене з самоізоляції.

Цією заявою підтверджую відсутність у мене будь-яких респіраторних симптомів (біль у горлі, нежить, кашель, задишка, підвищення температури тіла) станом на день звернення.

Заявник (Прізвище, Ім'я, По-батькові)

\_\_\_\_\_

Температура тіла заявника на день відбору матеріалу \_\_\_ С

Дані заявника

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(місце знаходження, телефон, e-mail)

Додаткова інформація

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Оплату гарантую

\_\_\_\_\_

М.П.

Підпис заявника \_\_\_\_\_

**Направлення на лабораторне тестування особи,  
яка має бажання перервати обсервацію, самоізоляцію у зв'язку з перетином державного кордону (яка  
прибула з держави або є громадянином (підданим) держави із значним поширенням COVID-19) або  
пунктів в'їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономної  
Республіки Крим та м. Севастополя та виїзду з них**

**Інформація щодо запиту на лабораторне дослідження**

Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи),  
що направляє зразок\*

Адреса

Номер телефону

**Інформація про пацієнта**

Ім'я

Прізвище

Номер пацієнта

Дата народження

Вік:

Адреса

Стать

Ч  Ж  Невідомо

Номер телефону, який зазначено у мобільному додатку  
«Дій вдома»

**Інформація про зразок**

Тип  Назо- або орофарингеальний мазок  Бронхоальвеолярний лаваж  Ендотрахеальний аспірат   
 Назофарингальний аспірат  Назальний змив  Мокротиння  
 Легенева тканина  Сироватка крові  Цільна кров  Сеча  Калові маси

Дата забору

Час забору

**Клінічні дані**

Чи перебував пацієнт у країнах з  
місцевою передачею вірусу<sup>3</sup> SARS-  
CoV-2?  Так  Ні

Країна

Дата  
повернення

Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?

Так  Ні  Невідомо

Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження

Результат дослідження на COVID-19

Позитивний  Сумнівний  
 Негативний

Дата отримання результату дослідження

Метод дослідження

ПЛР

Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник

Назва обладнання, на якому проводилось дослідження

Додаткові коментарі

Перетин державного кордону України або контрольного  
пункту в'їзду-виїзду на тимчасово окуповані території у  
Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці  
Крим та м. Севастополь

Дата перетину державного кордону або контрольного  
пункту в'їзду – виїзду на тимчасово окуповані території у  
Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці  
Крим та м. Севастополь

Згода на передачу інформації для припинення  
самоізоляції/обсервації та припинення контролю  
місцеперебування за допомогою мобільного додатку «Дій  
вдома»

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Підпис особи \_\_\_\_\_