|  |
| --- |
| УЗ «21-я центральная районная поликлиника Заводского района г.Минска» |
| (наименование организации здравоохранения) |

Иммунохромаграфический экспресс-тест на COVID-19

|  |
| --- |
|  |

Участок

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Ф.И.О. (больного) | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Число, месяц, год рождения: | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Пол: | |  | |
| 4. | Адрес прописки: | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Адрес проживания: | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Диагноз: | | | **платно** | | | | | |
| 7. | Контактный телефон: | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Телефон с VIBER: | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Адрес электронной почты (e-mail): | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | | Время (часы, минуты) взятия материала: | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | | Дата первых симптомов заболевания: | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Результаты исследования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Инфекция | Результат исследования |
| 1. | IgM к SARS – Cov-2 |  |
| 2. | igG к SARS – Cov-2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Клинико-лабороторное исследование | |  | |
|  | | | |
|  | | | |
| Врач лабораторной диагностики |  | |  |
| (подпись) | | (фамилия, инициалы) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фельдшер-лаборант |  |  |
| (подпись) | (фамилия, инициалы) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи результатов исследования |  | Заключение № |  |