

BULETIN DE ÎNSOȚIRE

a probei biologice pentru detectarea virusului SARS-CoV-2 (COVID-19)

INFORMAȚIA DESPRE EXPEDITOR

Instituția care prelevează proba	IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală
Adresa	str.Constantin VÂRNAV 13, or.Chișinău
Locul prelevării	<input type="checkbox"/> la domiciliu <input checked="" type="checkbox"/> în instituție
Numele Prenumele lucrătorului medical care relevează proba	
Numărul de telefon a medicului	
Definirea cazului	<input type="checkbox"/> caz suspect <input type="checkbox"/> caz probabil <input type="checkbox"/> contact <input type="checkbox"/> caz confirmat
Testarea	<input type="checkbox"/> primară <input type="checkbox"/> Repetat (Numărul probei pozitive _____)

INFORMAȚIA DESPRE PACIENT

Nume		Prenume	
IDNP		Data, luna, anul nașterii	Vârsta
Este persoana cetățean al Republicii Moldova: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu			
Numărul și seria documentului de călătorie, pentru persoane non-rezidente _____			
Adresa (locul de trai)	_____	Sex	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin
Municipiu/raion, oraș, sat, strada	_____	Tipul de trai	<input type="checkbox"/> Urban <input type="checkbox"/> Rural
Numărul de telefon a persoanei testate:	_____		
Locul de muncă (Instituția):	Funcția:		
Instituția medico-sanitară în care este înregistrat la medicul de familie:	Vaccinat: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă Da, denumire vaccin: _____		
	Daca DA: <input type="checkbox"/> doza 1 <input type="checkbox"/> doza 2 <input type="checkbox"/> doza 3 Data ultimei administrării _____/_____/202____	Țara în care a fost administrat vaccinul: _____	

INFORMAȚIA DESPRE PROBA RECOLTATĂ

Tip	<input checked="" type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Tampon nazo-faringian și oro-faringian	<input type="checkbox"/> Lavaj bronhoalveolar
	<input type="checkbox"/> Aspiratul endotraheal	<input type="checkbox"/> Aspirat nazofaringian
	<input type="checkbox"/> Sputa	<input type="checkbox"/> Țesut pulmonar
	<input type="checkbox"/> Sânge integral	<input type="checkbox"/> Urina

Toate probele colectate trebuie considerate potențial infecțioase și trebuie să contactați cu laboratorul de referință înainte de a trimite probe.

toate probele trebuie trimise conform instrucțiunilor de transport din categoria B.

Vă rugăm să bifați caseta dacă proba este colectată post mortem

Data colectării	___ / ___ / 202__	Ora colectării	:
Data trimiterii în laborator	___ / ___ / 202__	Ora trimiterii	:

DATE CLINICE

Data debutului bolii	___ / ___ / 202__	<input type="checkbox"/> Internat	<input type="checkbox"/> Domiciliu
-----------------------------	-------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Călătorie în străinătate în zonele cu transmitere locală/comunitară de COVID 19 în ultimele 14 zile anterioare debutului bolii	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Țara	
		Data returului și punctul de intrare	
Pacientul este lucrător medical ? (în caz Da, indicați funcția și instituția unde activează în prima pagină)	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
Gravidă? (în caz că Da, indicați trimestrul sarcinii)	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Trimestrul	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
Comentarii suplimentare			

Vă Rugăm să indicați adresa electronică (e-mail) pe care se va face transmiterea rezultatului :

--

Semnătura pacientului

Semnătura medicului
