

## BULETIN DE ÎNSOȚIRE

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

### INFORMAȚIA DESPRE EXPEDITOR

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

### INFORMAȚIA DESPRE PACIENT

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

### INFORMAȚIA DESPRE PROBA RECOLTATĂ

<b>Tip</b>	<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

<b>Data colectării</b>	___ / ___ / 202__	<b>Ora colectării</b>	:
<b>Data trimiterii în laborator</b>	___ / ___ / 202__	<b>Ora trimiterii</b>	:

DATE CLINICE

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

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

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

--

Semnătura pacientului

\_\_\_\_\_

Semnătura medicului

\_\_\_\_\_