

## 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 prelevează 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>CREANGĂ</b>	<b>Prenume</b>	<b>VASILE</b>		
<b>IDNP</b>	<b>2002002001111</b>	<b>Data, luna, anul nașterii</b>	<b>23.05.2000</b>	<b>Vârsta</b>	<b>21</b>
<b>Este persoana cetățean al Republicii Moldova:</b> <input checked="" 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>mun.Chișinău</b> <b>or.Durlești</b> <b>str.Ștefan cel Mare 10 ap.3</b>			<b>Sex</b> <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin	
<b>Municipiu/raion, oraș, sat, strada</b>				<b>Tipul de trai</b> <input checked="" type="checkbox"/> Urban <input type="checkbox"/> Rural	
<b>Numărul de telefon a persoanei testate:</b>	<b>+373 79380000</b>				
<b>Locul de muncă (Instituția):</b>	<b>BiroNEX SRL</b>				
	<b>Funcția:</b> <b>inginer</b>				
<b>Instituția medico-sanitară în care este înregistrat la medicul de familie:</b>	<b>Vaccinat:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă Da, denumire vaccin: <b>Pfizer</b>				
<b>AMT Buiucani</b>	<b>Daca DA:</b> <input type="checkbox"/> doza 1 <input checked="" type="checkbox"/> doza 2 <input type="checkbox"/> doza 3 Data ultimei administrării <b>25 / 09 / 2021</b>			<b>Țara în care a fost administrat vaccinul:</b> <b>Moldova</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"/> Exsudat nazal	
	<input type="checkbox"/> Sputa	<input type="checkbox"/> Țesut pulmonar		<input type="checkbox"/> Ser	
	<input type="checkbox"/> Sânge integral	<input type="checkbox"/> Urina		<input type="checkbox"/> Mase fecale	

**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 checked="" type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Țara	<b>Italia</b>
		Data returului și punctul de intrare	<b>12.12.2021</b> <b>Aeroportul internațional Chișinău</b>
Pacientul este lucrător medical ? (în caz Da, indicați funcția și instituția unde activează în prima pagină)	<input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Nu		
Gravidă? (în caz că Da, indicați trimestrul sarcinii)	<input type="checkbox"/> Da <input checked="" 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 :

**nume@cont.md**

Semnătura pacientului

\_\_\_\_\_

Semnătura medicului

\_\_\_\_\_