**RNA ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **/**попълва се от лабораторията/ **/**попълва се от лабораторията/

**Заявление**

**за извършване на RT-PCR тест за детекция на РНК на SARS-CoV-2**

Три имена (пациент): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЕГН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес по лична карта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящ адрес (*ако е различен*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

**Индикации за изследването:**

*/Моля, попълнете подробно с цел проследяване на потенциална епидемиологична пътека/*

□ Първо изследване за COVID-19

□ Положителен резултат от бърз тест: IgG\_\_ / IgM\_\_ от дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Проследяване на положителен резултат от PCR тест от дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Потвърждаване на негативен резултат от PCR тест от дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Симптоми:**

**□ Без симптоми**

□ Температура

□ Кашлица

□ Задух

□ Болки в гърлото

□ Разстройство

□ Болки в мускулите

□ Болки в корема

□ Загуба на обоняние

□ Пневмония

□ Друго: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактни лица:**

□ Контакт с лице с доказана положителна проба за SARS-CoV-2

□ Контакт с лице със симптоми на COVID-19

□ Контакт със завърнал се от чужбина

□ Без известен контакт с рискови лица

**Завръщане от чужбина:**

Страна, от която се връщате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата на връщане: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид транспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Не съм напускал страната от началото на пандемията

**Медицински персонал, изложен на риск:**

Здравно заведение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Длъжност: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Не работя в медицинско заведение

**Декларация за информирано съгласие от пациент (родител/настойник):**

Наясно съм, че:

□ ще ми бъде взета проба от назофарингеален секрет за извършване на real-time reverse-transcription PCR тест за качествена детекция на РНК на три гена (*RdRp*, *E*, *N*), специфични за новия щам на коронавирус SARS-CoV-2.

□ тестът дава информация за наличие на вирусни единици в горната част на респираторния тракт, като изследването е информативно поне няколко дни след контакт и потенциална зараза.

□ съществува определен риск от фалшиво негативни или фалшиво позитивни резултати поради технологични ограничения.

□ всеки положителен резултат се докладва на РЗИ и на Националната референтна лаборатория в НЦЗПБ, като при необходимост пробата може да се изпрати за потвърждаване.

□ при получаване на положителен резултат за активна инфекция съм длъжен да взема необходимите предпазни мерки за ограничаване на разпространението на вируса, а при усложнения да се свържа с личния си лекар или друго медицинско заведение.

□ в редки случаи взетият материал за анализ може да се окаже недостатъчен или некачествен, като тогава се налага повторно взимане на проба.

**□ Давам съгласието си СБАЛГАР „Д-Р Малинов“ ООД да оперира с личните ми данни във връзка с изследването, съгласно изискванията.**

Аз, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ */три имена/* декларирам, че разбрах предоставената ми информация и съм съгласен да ми бъде взета биологична проба с цел изследване за SARS-CoV-2.

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Час: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_