

Ф/5.4.4/4

ПРАШАЛНИК ЗА ПАЦИЕНТИ ЗА ТЕСТ ЗА COVID-19

Ве молиме пополнете го прашалникот. Задолжително да се внесат сите барани податоци.

Име и презиме: _____ ЕМБГ: _____

Адреса на живеење: _____ Општина: _____ Град: _____

Контакт телефон: _____ E-mail: _____

Заокружете тип на тест за COVID-19 :

1. RT-PCR молекуларен тест

2. Ултрабрз молекуларен PCR тест

3. Брз антигенски тест

1. ДАЛИ ВО МОМЕНТОВ ИМАТЕ НЕКОИ ОД СЛЕДНИВЕ СИМПТОМИ :

А. Зголемена телесна температура

Б. Болка во грло, кашлање, тешко дишење

В. Замор, изнемоштеност

2. ДАЛИ СТЕ ИМАЛЕ КОНТАКТ СО СОМНИТЕЛЕН / ПОТВРДЕН СЛУЧАЈ НА COVID-19?

А. ДА

Б. НЕ

3. ДАЛИ ПРЕТХОДНО ИМАТЕ НАПРАВЕНО ДРУГ ТЕСТ ЗА COVID-19?

А. ДА

Б. НЕ

Под морална и кривична одговорност изјавувам дека наведените податоци се точни.

Своерачен потпис: _____ Дата: _____

Со својот потпис потврдувам дека резултатите од анализите може да се испратат на горенаведената е-маил адреса.

Ви стоиме на располагање за сите дополнителни прашања и информации.

Благодариме за соработката.