

**Направлення на лабораторне тестування особи,
яка має бажання перервати обсервацію, самоізоляцію у зв'язку з перетином державного кордону (яка
прибула з держави або є громадянином (підданим) держави із значним поширенням COVID-19) або
пунктів в'їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономної
Республіки Крим та м. Севастополя та виїзду з них**

Інформація щодо запиту на лабораторне дослідження			
Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), ТОВ «НКОЛАБ» що направляє зразок*			
Адреса			
Номер телефону			
Інформація про пацієнта			
Ім'я (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)		Прізвище (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)	
По батькові (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)		Дата народження	Вік: (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)/...../.....
Електронна адреса (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)			
Адреса (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)			Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)
Номер телефону, який зазначено у мобільному додатку «Дій вдома»			(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)
Інформація про зразок			
Тип	<input checked="" type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок		
Дата забору		Час забору	
Клінічні дані			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу ³ SARS-CoV-2?	<input checked="" type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна	(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)
		Дата повернення	(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ)	
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження			
Результат дослідження на COVID-19		<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний	
Дата отримання результату дослідження			
Метод дослідження		<input checked="" type="checkbox"/> ПЛІР	
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник			
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження			
Додаткові коментарі			
Перетин державного кордон України або контрольного пункту в'їзду-виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь		(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ) <i>якщо було - вказати регіон</i>	
Дата перетину державного кордону або контрольного пункту в'їзду – виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь		(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ) <i>якщо було - вказати дату в'їзду</i>	
Згода на передачу інформації для припинення самоізоляції/обсервації та припинення контролю місцеперебування за допомогою мобільного додатку «Дій вдома»		(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ) П.І.Б. _____ (ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ) Дата _____ Підпис особи _____	

**Направлення на лабораторне тестування особи,
яка має бажання перервати обсервацію, самоізоляцію у зв'язку з перетином державного кордону (яка
прибула з держави або є громадянином (підданим) держави із значним поширенням COVID-19) або
пунктів в'їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономної
Республіки Крим та м. Севастополя та виїзду з них**

Інформація щодо запиту на лабораторне дослідження			
Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), ТОВ «НИКОЛАБ» що направляє зразок*			
Адреса			
Номер телефону			
Інформація про пацієнта			
Ім'я Іван	Прізвище	Іванов	
По батькові Іванович	Дата народження	01/ 01/...1990..	Вік: 30
Електронна адреса google@google.com			Стать <input checked="" type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж
Адреса м. Київ, вул. Хрещатик, 1 кв. 1			
Номер телефону, який зазначено у мобільному додатку «Дій вдома»		093-123-23-45	
Інформація про зразок			
Тип	<input checked="" type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок		
Дата забору	Час забору		
Клінічні дані			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу ³ SARS-CoV-2?	<input checked="" type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна	Грузія
		Дата повернення	01.07.2020
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input checked="" type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження			
Результат дослідження на COVID-19		<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний	
Дата отримання результату дослідження			
Метод дослідження		<input checked="" type="checkbox"/> ПЛІР	
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник			
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження			
Додаткові коментарі			
Перетин державного кордон України або контрольного пункту в'їзду-виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь		(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ) <i>якщо було - вказати регіон</i>	
Дата перетину державного кордону або контрольного пункту в'їзду – виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь		(ЗАПОВНЮЄ КЛІЄНТ) <i>якщо було - вказати дату в'їзду</i>	
Згода на передачу інформації для припинення самоізоляції/обсервації та припинення контролю місцеперебування за допомогою мобільного додатку «Дій вдома»		П.І.Б.: Іванов Іван Іванович Дата: 03.07.2020 Підпис особи: підпис	

**Направлення на лабораторне тестування особи,
яка має бажання перервати обсервацію, самоізоляцію у зв'язку з перетином державного кордону (яка
прибула з держави або є громадянином (підданим) держави із значним поширенням COVID-19) або
пунктів в'їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономної
Республіки Крим та м. Севастополя та виїзду з них**

Інформація щодо запиту на лабораторне дослідження			
Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок*		ТОВ «НИКОЛАБ»	
Адреса			
Номер телефону			
Інформація про пацієнта			
Ім'я	Прізвище		
По батькові	Дата народження/...../.....	Вік:
Електронна адреса			Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж
Адреса			
Номер телефону, який зазначено у мобільному додатку «Дій вдома»			
Інформація про зразок			
Тип	<input checked="" type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок		
Дата забору			Час забору
Клінічні дані			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу ³ SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна	
		Дата повернення	
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження			
Результат дослідження на COVID-19		<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний	
Дата отримання результату дослідження			
Метод дослідження		<input checked="" type="checkbox"/> ПЛР	
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник			
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження			
Додаткові коментарі			
Перетин державного кордону України або контрольного пункту в'їзду-виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь		(якщо було - вказати регіон)	
Дата перетину державного кордону або контрольного пункту в'їзду – виїзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній республіці Крим та м. Севастополь		(якщо було - вказати дату в'їзду)	
Згода на передачу інформації для припинення самоізоляції/обсервації та припинення контролю місцеперебування за допомогою мобільного додатку «Дій вдома»		П.І.Б. _____ Дата _____ Підпис особи _____	

***поля виділені сірим кольором заповнюються клієнтом**