

Instrucțiuni Completare-Trimitere ANEXA 2- Formular de însoțire probe Covid-19

SE COMPLETEAZĂ, **OBLIGATORIU!!!**

1. RUBRICILE AFERENTE **PACIENTULUI** (NUME PRENUME, CNP, TELEFON CONTACT, **ADRESA UNDE SE EFECTUEAZĂ RECOLTAREA**, VÂRSTĂ, ADRESĂ E-MAIL);
2. DATA DEBUTULUI BOLII (ZI/LUNĂ/AN);
3. DATA RECOLTĂRII PROBEI/PROBELOR << **EXSUDAT NAZAL ȘI EXSUDAT FARINGIAN**>> DATA SE TRECE DE CĂTRE ECHIPAJUL S.A.J. ARAD;
4. MEDIC SOLICITANT (SEMNAȚURĂ, PARAFĂMEDIC, COD PARAFĂ);
5. SE SCANEAZĂ FORMULARUL COMPLETAT;
6. **SE TRIMITE PRIN E-MAIL DOAR IN FORMAT PDF PE ADRESA:**

dispecerat@ambulantaarad.ro

7. SE APELEAZA 112, DE CĂTRE „**MEDICUL SOLICITANT**” PENTRU PRELEVARE PROBE.

NOTĂ: NU SE COMPLETEAZĂ LA RUBRICILE AFERENTE D.S.P. (COD CAZ, PROBĂ NR.)

ATENȚIE!

FORMULARELE INCOMPLET COMPLETATE/NECONFORME ANULEAZĂ SOLICITAREA DE PRELEVARE DE PROBE!

**Formularul de însoțire a probei recoltate de la cazul SUSPECT / CONFIRMAT COVID-19
sau de la alte categorii de persoane**

Tip investigație solicitată detectie SARS-CoV-2 prin RT-PCR

Solicitant probă (DSP/ spital/ laborator/ SAJ, SABIF) _____

Catre laboratorul _____

Cod caz: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | (abreviere judet/nr.caz/anul ex. AB/100/2020)

Proba la cerere **Proba conform metodologiei INSP**

Nume: _____

Prenume: _____

Adresa de rezidenta: _____

Adresa de domiciliu: _____

CNP: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Varsta: _____

Nr. telefon mobil: _____

Adresa e-mail: _____

Personal medico-sanitar:

- Medic
- Asistent
- Ambulantier
- Infirmier
- Altele

Data recoltării probei: _____

Tipul probei prelevate:

- exsudat nazal / exsudat faringian
- aspirat traheo-bronsic
- fragmente necrotice de pulmon

Data trimiterii probei catre laborator: _____

RECOLTAT / INTOCMIT _____