

## FORMULAR MEDICAL DE ÎNSOȚIRE TESTARE ANTIGEN SARS-CoV-2

Nume și prenume:

CNP:

Trimis de: Dr.

Fără trimitere

### Motivul testării:

• Screening DA  NU

• Ați avut contact apropiat cu o persoană diagnosticată cu COVID-19? DA  NU

### Ați prezentat unul din simptomele de mai jos în ultimele 3 săptămâni?

• Tuse DA  NU

• Febră DA  NU

• Durere în gât DA  NU

• Dificultăți respiratorii (scurtarea respirației) DA  NU

• Frisoane DA  NU

• Durere musculară DA  NU

• Durere de cap DA  NU

• Pierdere bruscă a gustului și a mirosului DA  NU

**Vă recomandăm să respectați măsurile de protecție impuse de autorități indiferent de rezultatul testului.**

Data:.....

Semnătură pacient:.....

[www.medcenter.ro](http://www.medcenter.ro)

Acum, poți vizualiza online rezultatele analizelor, accesând portalul medical [pacienti.medcenter.ro](http://pacienti.medcenter.ro).

### Se completează de către Laboratorul Medcenter:

Data și ora primirii probelor: .....

Persoana care a recepționat: ..... Semnătură: .....

Comandă acceptată:  Da  Nu

Comentarii:.....

.....