

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

Acum, poți vizualiza online rezultatele analizelor, accesând portalul medical pacienti.medcenter.ro.

Se completează de către Laboratorul Medcenter:

Data și ora primirii probelor:

Persoana care a recepționat: Semnătură:

Comandă acceptată: Da Nu

Comentarii:.....

.....