

**FORMULAR MEDICAL DE ÎNSOȚIRE
TESTE SARS-CoV-2**Nume și prenume: CNP: Trimis de: Dr. Fără trimitere**Motivul testării:**

- Persoană vaccinată DA NU
- Persoană care dorește să afle dacă a dobândit anticorpi, fără să fi avut simptome sugestive sau care a avut simptome minore DA NU
- Caz confirmat de COVID-19, vindecat, pentru evaluarea răspunsului imun DA NU
- Persoană cu suspiciune de a fi avut contact cu virusul 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

Ați avut contact apropiat cu o persoană diagnosticată cu COVID-19? DA NU ***Vă recomandăm să respectați măsurile de protecție impuse de autorități indiferent de rezultatul testului.***

Data:.....

Semnătură pacient:.....

www.medcenter.roAcum, 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:.....

.....