

АНКЕТА

Данни за лицето, събрало информацията	
Име, фамилия, длъжност	
Община	
Телефон	
Дата на попълване	____/____/2020 г.

Полетата с * са задължителни за попълване.

Информация за участника	
Име, презиме, фамилия*	
Пол*	<input type="checkbox"/> мъж <input type="checkbox"/> жена
Телефон*	
Възраст	
Адрес	
ЕГН*	
Националност	
Професия*	
Имали ли сте контакт с лица съмнителни или потвърдени с COVID-19 вирусна инфекция? *	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Били ли сте поставени под карантина? *	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Анамнеза за симптоми*	
През последните 4 месеца имали ли сте някои от следните симптоми?	
Повишена температура ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Втрисане	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Болки в гърлото	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Умора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Мускулни болки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Хрема	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Кашлица	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Затруднено дишане	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Повръщане	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Гадене	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Диария	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не

**ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ
ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЛАБОРАТОРНО ИЗСЛЕДВАНЕ**

Аз трите имена,

.....
.....

В качеството си на:

☐ Пациент или

☐ Родител / Настоятник на:

☐ Упълномощен от:

.....
(три имена на пациента)

1) Декларирам, че съм включен/а сред участниците в „**Трансверзално проучване за серопревалентност на населението в Област Бургас за COVID-19**“ и съм информиран/-а относно процедурата по извършването на лабораторни изследвания в „СМДЛ ЛИНА“ ЕООД от представител на лабораторията и ми е предоставена актуалната версия на „**Информация за пациента при извършване на лабораторно изследване в СМДЛ ЛИНА ЕООД**“. Съгласен/-а съм да бъдат взети кръв и да бъде приет биологичен материал за лабораторно изследване на мен или на изследваното лице на което съм Родител/Настойник/Упълномощен, да бъдат регистрирани и извършени медико-диагностични изследвания.

2) Декларирам, че съм информиран/а, че изследването е безплатно за мен или на изследваното лице на което съм Родител/Настойник/Упълномощен, като същото е финансирано от Министерство на здравеопазването чрез РЗИ-Бургас и Общината по моето местожителство.

3) Декларирам, че ще получа лабораторните резултати по следния начин:

☐ Лично, чрез представяне на талон за получаване на резултат и/или online от мен, като давам право приносител на предоставения ми талон за получаване на резултат да получава от мое и за моя сметка лабораторните ми резултати;
и/или

☐ Да бъдат предоставени при поискване и на:

1.....

2.....

(три имена)

☐ Чрез РЗИ-Бургас след приключване на проучването.

Дата:.....

Подпис:.....