**ТАЛОН ЗА ИЗПРАЩАНЕ НА МАТЕРИАЛИ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА COVID-19**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Имена на пациента | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Възраст |  | | | | **ЕГН** | | |  | | | | | | | | | |
| Пол | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Населено място | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Дата на заболяване | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Дата на вземане на пробата | | | | |  | | | | | | | Час на вземане | | | |  | |
| При смъртен изход дата и час на смъртта | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Клинични данни/диагноза (отбележете всичко приложимо)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ОРЗ: Остра респираторна инфекция без изяснена друга етиология\* | | | | | | | ТОРЗ: Тежка остра респираторна инфекция  (ОРЗ с **необходимост от хоспитализация**) | | | | | | | | | | |
| повишена температура | | | | кашлица | | | | | затруднено дишане | | | | | | | пневмония | |
| необходимост от апаратна белодробна вениталция | | | | | | | | | | асимптоматично контактно лице\*\* | | | | | | | |
| друго: пояснете | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*С основни симптоми съобразени с актуалната към момента дефиниция на възможен случай на COVID-19 спрямо официалните документи и насоки на МЗ; **\*\*не се препоръчва тестване на асимптоматични, тъй като резултатът може да не е информативен (фалшиво отрицателен)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Рискови фактори/придужаващи заболявания (oтбележете всичко приложимо)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| злокачествено заболяване | | | диабет | | | | | | | | | | имунно заболяване | | | | |
| сърдечно-съдово заболяване вкл. артериална хипертония | | | хронично белодробно заболяване | | | | | | | | | | невромускулно заболяване/хронично неврологично заболяване | | | | |
| чернодробно заболяване | | | бъбречно заболяване | | | | | | | | | | бременност/родилка (<6 седмици постпартум) | | | | |
| без придружаващи заболявания/рискови фактори | | | друго: пояснете | | | | | | | | | | | | | | |
| **Епидемиологични данни (ако са приложими) (отбележете вярното)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Контактен на конкретен вероятен/потвърден случай | | | | | | | | Анамнеза за пътуване в области с настоящо разпространение. Ако да: къде | | | | | | | | | |
| Няма изяснена епидемична връзка | | | | | | | | друго: пояснете | | | | | | | | | |
| **Вид на пробата (отбележете вярното)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| назофарингеален секрет\* | | орофарингеален секрет\* | | | | | | | | | | бронхоалвеоларен лаваж\* | | | | | |
| (ендо)трахеален аспират\* | | назофариенгеален аспират\* | | | | | | | | | | назална промивна течност\* | | | | | |
| храчка\* | | тъкан от биопсия или аутопсия, включително от белия дроб\* | | | | | | | | | | серум | | пълна кръв | | | урина |
| \*типовете проби маркирани с \* са подходящи за real-time RT-PCR анализ за наличие на вирусна РНК. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Поредност на изследването (отбележете вярното)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Начално лабораторно изследване за изясняване на етиологичния причинител\* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Повторно начално лабораторно изследване при отрицателна първа и силно съмнение за COVID-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Последващо лабораторно изследване при проследяване на развитието при вече потвърден случай | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*Еднократният отрицателен резултат от изследване, особено ако е от проба от горния дихателен тракт, не изключва инфекция. Повторете вземането на проба и изследването при силно съмнение за COVID-19 (силно се препоръчва изследване на проби от долния дихателен тракт при тежко/прогресиращо заболяване). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Данни от други изследвания** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Пробата се изпраща от** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Име на лекаря | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон на лекаря | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Отделение | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Лечебно заведение | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Населено място | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Teлефон |  | | | и мейл | |  | | | | | | | | | | | |
| Дата и час на изпращане | | | |  | | | | | | | | Подпис и печат | | |  | | |