

وثيقة إرشادية طبية
تحليل مصلي سارس كوف2 كوفيد19

التحليل المطلوب

الطبيب/مخبر وصفة طبية

الاسم واللقب:

الهاتف: مكان السكن.....

ختم و توقيع

Etiquette IPT

خاص بالمعهد

المريض

الاسم واللقب الجنس ذكر أنثى

ولد يوم /..... /..... المهنة مكان السكن

الجنسية الهاتف العنوان الالكتروني.....

السياق

* اتصال مشبوه بشخص كوفيد19؟ إذا كان الجواب نعم المدة..... اليوم..... /..... /.....

* العلامات السريرية توحى ب كوفيد19؟ إذا كان الجواب نعم، تاريخ ظهور العلامات... /..... /.....

العلامات السريرية الرئيسية.....

* إجراء RT-PCR سارس كوف2؟ إذا كانت الإجابة بنعم، التاريخ: / / النتيجة: إيجابي سلبي

* الاستكشاف بالتصوير الطبي؟ إذا كانت الإجابة بنعم، التاريخ: / / النتيجة: يوحى بكوفيد لا يوحى بكوفيد

* لقاح ضد كوفيد19؟ إذا كانت الإجابة بنعم، نوع اللقاح:

تاريخ الجرعة الأولى..... / / الجرعة الثانية / /

* سبب آخر

المعلومات والموافقة (حدد حسب اختيارك)

يعلمك المختبر أنه، ما لم تعترض، يمكن إعادة استخدام المعلومات الواردة في هذا المستند بالإضافة إلى باقي العينة، دون الكشف عن هويتك، مع ضمان سرية البيانات، بهدف تحسين الاختبارات التشخيصية و / أو فهم أفضل مرض كوفيد-19.

أنا الممضي أدناه السيد / السيدة (المريض) بلمهد بأن طبيبي أبلغني بهذا الاختبار. لقد فهمت

أهداف الاختبار وحصلت على إجابات لأسئلتي. أعطي موافقتي على إجراء الاختبار المصلي و

* أصرح باستخدام نموذج توقيع المريض الخاص بي

- لأغراض بحثية لمشاريع حول نفس الموضوع

- لمشاريع بحثية أخرى

* أصرح فقط باستخدام اختبار الأمصال COVID-19 وأطلب إتلاف عيناتي بعد الاختبار