

Formularul de testare rapidă a cazului suspect de COVID-19

Anexa 1

Tip investigație solicitată:

deteție SARS-CoV-2 prin test antigenic rapid

Unitatea Școlară: _____

Clasa: _____

Probă caz suspect COVID-19

Nume: _____ Prenume: _____

Adresa de rezență: _____

Localitate: _____ Județul: _____

CNP: _____ Vârșă: _____ ani

Număr telefon mobil: _____

Data recoltării probei: __ / __ / ____

Ora recoltării probei: __ : __

Tipul probei relevate: exudat nazal/exudat faringian

Rezultat: _____

Recoltat/Întocmit: _____

Important:

- formularul se va completa **cu majuscule**
- persoana care completează datele în prezentul formular **își asumă corectitudinea** introducerii corecte a datelor.



MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII