

# Рег.№\_\_\_\_  **Лечебно-диагностический комплекс «Центр ДНК»**

 **Курган, ул. Советская, 119, тел. +7 (3522) 22-22-33,**

[**www.dnkcentr.ru**](http://www.dnkcentr.ru/) **E-mail: dnkcentr@dnkcentr.ru**

приём анализов с 8.00 до 14.00 часов по записи

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СДАЧЕ БИОМАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОМ ПЦР.**

**За 3-4 часа до тестирования запрещается: полоскать рот дезинфицирующими растворами, использовать антисептические таблетки, использовать спрей для носа или горла, промывать нос и использовать капли для носа. Необходимо воздержаться от приема пищи в течение 3-4 часов до начала исследования. Необходимо отказаться от курения за 2 часа до сдачи биоматериала.**

**Отказаться от приема алкоголя за 24 часа до сдачи анализа.**

 **Направление на проведение лабораторного обследования методом ОТ-ПЦР**

**на COVID-19**

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_V

**Анкету заполнять печатными буквами!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Имя** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Отчество** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Пол** | **М** |  | **Ж** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Паспорт серия** |  |  |  |  | **номер** |  |  |  |  |  |  | **Код подразделения** |  |  |  |  |  |  |
| **Адрес проживания** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **СНИЛС** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  (указывается адрес, где вы проживаете на данный момент, адрес регистрации по паспорту нужно указать в анкете) |
| **Телефон** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Место работы** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Далее заполняет врач-лаборант**

**Диагноз** обследование

(в том числе сопутствующие состояния: беременность, сахарный диабет, ожирение)

 **Без направления**

 **Дата взятия материала** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20**\_\_\_\_**Г**

 **Вид клинического материала**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(**мазки из глотки, мазки из носоглотки, мокрота, бронхоальвеолярный лаваж)

 **Дата и время отправки материала в лабораторию**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Результат исследования методом ПЦР (качественная)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Врач-лаборант****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***Дата***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20** \_\_ **г.**

***После обследования рекомендована консультация врача-специалиста!***

***Лаборатория участвует в Федеральной системе внешней оценки качества лабораторных исследований в разделе ПЦР.***

***Номер в реестре ФСВОК: 07733. Тел.(495)9285860***