

***Lelet***

|  |
| --- |
| **A *PÁCIENSRE* VONATKOZÓ ALAPADATOK ÉS ELÉRHETŐSÉGEK** |
| **Vizsgálat sorszáma \*** |  |
| Vizsgálat dátuma |  |
| Vezetékneve és keresztneve |  |
| Tartózkodási helye (pontos cím) |  |
| Telefonszáma, email címe |  |
| **A *PÁCIENS* DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI** |
| Neme | ☐ Férfi ☐ Nő |
| Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP) |  |
| Anyja neve |  |
| TAJ száma |  |
| Vizsgálatkori testhőmérséklete |  |
| **[A]** Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e? | ☐ Láz (≥38 ºC) ☐ Köhögés ☐ Légszomj |
| **[B1]** Járt-e a vizsgálat előtti 14 napban Külföldön? | **☐ Nem**☐ Igen, az alábbi területen/országban:  |
| **[B2]** Került-e szoros kapcsolatba a vizsgálat előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel?Ha igen, kivel? | ☐ Egy háztartásban él új koronavírus fertőzött beteggel☐ Személyes kapcsolatba került új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő)☐ Zárt légtérben tartózkodott új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás)☐ Repülőúton bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ült az új koronavírussal fertőzött betegtől VAGY az 2019-nCoV fertőzött beteget ápolta VAGY a repülőgép személyzeteként az új koronavírussal fertőzött beteg ülőhely szektorában látott el szolgálatot ☐ Az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett, vagy aki laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezelte☐ **Egyik sem igaz rám a fentiek közül** |

\* Az Emineo tölti ki.



|  |
| --- |
| ***A PÁCIENS COVID-19 Antigén teszt eredménye:*** |

⃝ Negatív

⃝ Pozitív

Teszt csík

Kontroll csík

Teszt csík

Kontroll csík

|  |
| --- |
| **A gyorsteszt eredményéről a pácienst szóban teljeskörűen tájékoztattuk, a gyorsteszten megjelent tesztcsíko(ka)t a páciensnek megmutattuk, elmagyaráztuk, és a páciens által feltett kérdésekre választ adtunk. A gyorsteszt eredményét a páciens megértette, elfogadta, aláírásával ezt igazolta.** |
| Páciens aláírása: | Vizsgáló aláírása: |