|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Общество с ограниченной ответственностью МК "Семейный доктор"****ИНН/КПП 3602010837/ОГРН 1163668065703****Адрес: 397700,Воронежская обл,Бобровский р-н,г.Бобров,ул.22 Января,83,пом.9, тел.: 8-951-879-71-85** |
| **Лицензия № ЛО-36-01-002891 от 06.02.2017г** **Общество с ограниченной ответственностью «ИНВИТРО-Воронеж»,ИНН 3664104281,РФ,394030,****Воронежская обл,г.Воронеж,ул.Плехановская,д50,тел./факс:+74732612003** |
| **Лаборатория: INVITRO****Согласие на забор биоматериала для определения РНК коронавируса SARS-COV-2** |

**Пациент(ФИО,анг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол:\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата/время взятия образца:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приоритет**:** обычный

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Контейнер** | **Код** | **Название теста** | **Формат выдачи** | **Лаборатория** |
| ПР ТР-М | 3320 | Коронавирус SARS-COV-2,определение РНК в мазке со слизистой носоглотки и ротоглотки (Coronavirus SARS-COV-2 RNA detection in nasopharyngeal and oropharyngeal smear) Маз | **Кач** | INVITRO (M) |

**Контейнеры**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ИЛН | Код | Тип | Кол-во | Приоритет | Лаборатория |
|  | ГПЦР1 | ПР ТР-М | 1 | Обычный | INVITRO(M) |

**Тип первичного контейнера**: Пробирка 2 мл с транспортной средой или Пробирка с прозрачной крышкой и транспортным раствором М.

**Тип контейнера для ХРАНЕНИЯ и ТРАНСПОРТИРОВКИ**: Пробирка 2 мл с транспортной средой или Пробирка с прозрачной крышкой итранспортным раствором М.

**Исследуемый биоматериал**: Мазок со слизистой носоглотки и/или ротоглотки

**Материал заявки**: Мазок со слизистой носоглотки и/или ротоглотки

**Описание контейнера** 1. Взятие материала осуществляется при наличии паспорта (копии) с обязательным заполнением паспортных данных в спец анкете и АРМПС2. Совместно с пациентом проверить все идентификационные данные.3. Осуществить взятие согласно инструкции.4. Промаркировать биоматериал в присутствии пациента в соответствии с инструкцией.5. Подготовить материал к транспортировке согласно инструкции

**Температура хранения и транспортировки**: -

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование услуги |
| 2COV | Взятие материала для ПЦР диагностики |

Настоящим подтверждаю правильность указанных в этом согласии данных. Процедура взятия биоматериала мне разъяснена, на медицинское вмешательство (взятие биоматериала) согласен(-на):

**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О) **Дата**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что с правилами преаналитики ознакомлен(а), мне разъяснено, что несоблюдение указанных правил может повлиять на результат исследования

**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О) **Дата**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что образцы взятого у меня биологического материала маркированы сотрудником Исполнителя в моем присутствии

**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О) **Дата**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент уведомлен,что ООО МК «Семейный доктор» передает материал на исследование ООО «Инвитро-Воронеж».Пациент согласен,что результат анализа НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ООО МК «Семейный доктор»,а предоставляется на электронную почту,указанную в анкете пациента ООО «Инвитро-Воронеж».Пациент согласен,что возникающие претензии по срокам и качеству анализа будут адресованы ООО «Инвитро-Воронеж»

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О) Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**