

**1. ZLECENIE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO**

Rodzaj badania: Szybki test antygenowy COVID-19 AG  
Rodzaj materiału: wymaz z jamy nosowo-gardłowej

**DANE OSOBY BADANEJ** (Proszę wypełniać drukowanymi literami)

Nazwisko i imię: .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

		-			-														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dzień

miesiąc

rok

Miejsce urodzenia: .....

		-																	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

Adres zamieszkania: Miejscowość: .....

Ulica: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer domu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer mieszkania

Województwo: .....

Powiat: ..... Gmina: .....

**Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość** (wpisać w przypadku braku nr pesel lub wyjazdu za granicę):

Rodzaj dokumentu: ..... numer: .....

Obywatelstwo .....

Telefon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail: .....@.....

**2. PODSTAWA SKIEROWANIA NA BADANIE**

- Kryterium epidemiologiczne (bezpośredni lub potencjalny kontakt z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2)
- Kryterium kliniczne (gorączka, kaszel, duszność, brak węchu i / lub smaku)
- Hospitalizacja i diagnostyka w kierunku wirusowego zapalenia płuc.
- Ognisko wirusowego zapalenia płuc o nieznannej etiologii.
- Wyjazd za granicę
- Inne (podać przyczynę) .....

**3. INNE INFORMACJE DOTYCZĄCE BADANIA**

Data pobrania badania:

		/			/														

dd

mm

rr

Godzina pobrania materiału:

		:																	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Uwagi: .....

Czytelny odpis osoby pobierającej materiał

## Oświadczenie

### Szybki test antygenowy COVID-19 AG wymaz z jamy nosowo-gardłowej

Szybki test diagnostyczny antygenowy COVID-19 Ag oznaczany jest metodą wymazu z jamy nosowo-gardłowej. Test najlepiej wykonać minimum w 7 dobie od kontaktu z osobą zakażoną lub w momencie kiedy pacjent posiada objawy manifestujące kaszlem, dusznością, gorączką i utratą węchu lub/i smaku.

WHO dopuściło wykonywanie testów antygenów w przypadku ograniczonej dostępności testów genetycznych (molekularnych) lub czas ich wykonania ogranicza ich użyteczność kliniczną.

Według definicji z dnia 31.10.2020 przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 kryterium zakwalifikowania pacjenta jako zakażonego jest wykrycie antygenów wirusa SARS-CoV-2 z materiału klinicznego.

Czułość testu antygenowego wynosi 92 %

Specyficzność testu antygenowego wynosi 98%

W przypadku pozytywnego testu antygenowego u pacjenta, zalecany jest pilny kontakt z własnym lekarzem POZ.

#### Oświadczenie

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją dotyczącą szybkiego testu oraz treścią instrukcji korzystania z usługi oraz akceptuję jego wszystkie punkty.

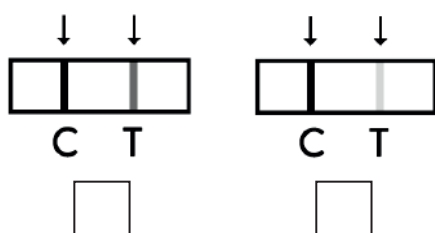
.....  
Czytelny podpis Pacjenta

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Medyczne Medyk sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Rzeszowie, ul. Fryderyka Szopena 1, 35-055 Rzeszów, moich danych osobowych podanych w związku z wykonywanym testem w celach związanych z wykonywaniem testu.
2. Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Medyczne Medyk sp. z o.o. s. k. z siedzibą przy ul. Szopena 1 w Rzeszowie. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych znajdują Państwo na stronie internetowej : [www.medyk.rzeszow.pl](http://www.medyk.rzeszow.pl) oraz w przychodni.

.....  
Czytelny podpis Pacjenta

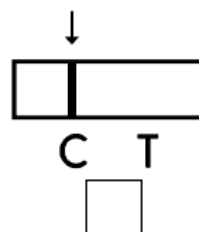
### WYNIK SZYBKIEGO TESTU ANTYGENOWEGO COVID-19 AG

#### WYNIK POZYTYWNY



.....  
Czytelny podpis pacjenta

#### WYNIK NEGATYWNY



.....  
Czytelny podpis wykonującego badanie