

پرسشنامه آزمایش مولکولی کووید ۱۹ (RT-PCR)

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / سن: کد ملی: شغل:
تلفن همراه: تلفن ثابت: تلفن محل کار:
نشانی محل سکونت:

براساس ابلاغیه شماره ۳۰۰/۱۰۳۲۹ وزارت بهداشت و درمان، تکمیل این قسمت توسط متقاضی الزامی است:

اینجانب متقاضی ارسال نتیجه آزمایش تشخیصی کووید-۱۹ و راهنمایی‌های لازم از طریق اپلیکیشن مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی/ پیامک می‌باشم و در صورتیکه نتیجه آزمایش اینجانب مثبت اعلام شود، متعهد می‌گردم به منظور حفظ سلامت عمومی جامعه و پیشگیری از انتقال بیماری به سایر افراد، مطابق دستورالعمل‌های مربوط به بیماری کووید-۱۹، به مدت حداقل ۱۴ روز از تاریخ نمونه‌گیری برای انجام آزمایش با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، اصول قرنطینه و جداسازی را رعایت نموده و به توصیه‌های بهداشتی عمل نمایم.
اینجانب هرگونه عواقب ناشی از عدم رعایت دستورات بهداشتی را پذیرفته و چنانچه دستورات قرنطینه بیماری را انجام ندهم، درمورد اعمال برخوردی قانونی اعتراضی نخواهم داشت.

تاریخ: / / امضاء

۱- کدامیک از علائم زیر را در طول دو هفته گذشته داشته‌اید؟

- تب (بیش از ۳۸ درجه سانتی‌گراد) سرفه تنگی نفس لرز ضعف بدن درد از بین رفتن حس بویایی و چشایی
 سردرد/ سرگیجه ضایعات پوستی کبودی لب‌ها و صورت درد مداوم قفسه سینه آبریزش بینی تهوع، اسهال و استفراغ
 سایر

۲- آیا سابقه مواجهه با فرد مبتلا به کووید ۱۹ را دارید؟ بلی خیر

۳- در صورت انجام آزمایش کرونا، نتایج آن را ثبت کنید

تاریخ: / / در آزمایشگاه نتیجه آزمایش: مثبت منفی

آزمایشگاه به اینجانب بصورت مکتوب اعلام نمود که:

عدم نمونه‌گیری مناسب ممکن است منجر به کسب نتایج منفی کاذب RT-PCR گردد.

در تشخیص عفونت حاد با ویروس SARS-CoV-2 یا همان کووید ۱۹، آزمایش‌های سرولوژیک IgG و IgM به تنهایی کاربرد تشخیصی نداشته و صرفاً در بررسی‌های اپیدمیولوژیک به کار برده می‌شوند.

نتایج منفی IgG و IgM ردکننده سابقه بیماری شما با ویروس SARS-CoV-2 نیست.

با حفظ محرمانگی اطلاعات هویتی بیمار، آزمایشگاه مجاز به استفاده از نمونه یا نتایج جهت فعالیت‌های پژوهشی می‌باشد.