

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ВЗИМАНЕ НА ГЪРЛЕН/НОСЕН СЕКРЕТ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ ЗА COVID-19

**Уважаема Госпожо/Уважаеми Господине,**

Вашият лекуващ лекар е назначил извършване на лабораторни изследвания за доказване или отхвърляне на инфекция с коронавирус (COVID-19). Не е желателно това изследване да се прави по собствено желание без наличие на определени епидемиологични критерии или симптоми на заболяването.

Изследването на безсимптомни пациенти е вероятно да даде отрицателен резултат, дори и при налична инфекция, защото в началото на заболяването броят на вирусните частици може да е недостатъчен.

**Какъв е материалът за изследване:**

За PCR тест за коронавирус се взима носен и гърлен секрет. Не е необходима предварителна подготовка на пациента.

**Метод на провеждане на изследването:**

По време на изследването ще трябва да държите главата си назад, а устата трябва да е максимално отворена. С помощта на шпатула езикът се притиска, след което със стерилен тампон се взема натривка от гърлото, тонзилите или зачервените участъци.

Секрет от носа се взема със стерилен тампон от двете ноздри.

**Какво ще усещате по време на изследването?**

По време на изследването може да усетите дискомфорт или лека болка.

**Възможните усложнения :**

Не се очакват усложнения при взимането на пробите.

Ако имате притеснения или страхове във връзка с предстоящите манипулации, както и настъпили усложнения при предишни манипулации, моля да ни уведомите, за да вземем подходящи мерки.

Гарантираме, че информацията за Вашите изследвания ще бъде запазена в строга поверителност.

**Преди да Ви вземем пробите е необходимо да отговорите на следващите въпроси:**

Име (пациент): \_\_\_\_\_

Дата на раждане: \_\_\_\_\_ Дата на посещение: \_\_\_\_\_

Телефон/ GSM: \_\_\_\_\_

**Повод за изследването:**

Пътуване- къде \_\_\_\_\_; кога сте се върнал \_\_\_\_\_

Оплаквания: температура ДА / НЕ ; кашлица ДА / НЕ; задух ДА/ НЕ; Друго \_\_\_\_\_

**Декларация от пациент/родител/настойник:**

Аз, \_\_\_\_\_/Три имена/

Декларирам, че разбрах предоставената ми информация и съм съгласен да ми бъде взет материал за лабораторно изследване.

Наясно съм, че:

1. При положителен резултат моята проба ще бъде изпратена по служебен път за потвърждение към Национална референтна лаборатория и резултатът може да се забави.
2. Отрицателен резултат може да се дължи на технологични ограничения или ранен етап на заболяването.
3. Резултатът, който ще получа може да е с определен процент на вероятност.
4. В някои случаи взетият материал за анализ може да се окаже недостатъчен или некачествен и тогава се налага повторно вземане на материал.

Давам съгласието си Аджибадем Сити Клиник ДКЦ Токуда ЕАД и Аджибадем Сити Клиник МБАЛ Токуда ЕАД да оперират с личните ми данни във връзка с диагностичното изследване, съгласно изискванията.

Съгласен съм взетата от мен проба и резултатите от анализите да бъдат използвани за научни разработки и публикувани в научни списания, при условие че данните са анонимни и защитени.

Желая информация за моите изследвания и резултати да бъде предоставена и на:

1. \_\_\_\_\_

/Три имена/

2. \_\_\_\_\_

/Три имена/

пациент/родител/настойник

Дата \_\_\_\_\_ .Час \_\_\_\_\_

Подпис \_\_\_\_\_