



**CHESTIONAR DE TRIAJ -CONSIMITAMANT INFORMAT-  
RECOLTARE CU PLATA**

**Date de contact:**

Nume si Prenume pacient:.....CNP.....

Nume si Prenume Reprezentant legal:.....calitate.....

Domiciliu:Str.....Nr.....Localitate.....Jud/Sector.....

Email:.....Telefon:.....

Nume medic de familie:.....Tel/Email medic familie:.....

**Date despre starea de sanatate:**

Temperatura la triaj:.....(se va completa de catre asistenta medicala)

Prezentati sau ati prezentat in ultimele 14 zile unul din simptomele de mai jos care au debutat brusc?

Raspundeti cu **DA/NU**

Tuse	DA/NU	Cefalee	DA/NU
Febra >37,3°C	DA/NU	Astenie	DA/NU
Dificultate la respiratie	DA/NU	Dureri in gat	DA/NU
Pierderea mirosului	DA/NU	Mialgii	DA/NU
Pierderea gustului	DA/NU	Diaree	DA/NU

Subsemnatul,.....declar ca:

- sunt de acord cu recoltarea **CU PLATA** a urmatoarelor analize (**bifati**):

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="radio"/> Detectie RT-PCR ARN SARS Cov2             | <b>Pret 250 lei</b> |
| <input type="radio"/> Anticorpi IgG anti spike S1/S2 SARS -Cov2 | <b>Pret 100 lei</b> |
| <input type="radio"/> Anticorpi IgM anti SARS- Cov2             | <b>Pret 85 lei</b>  |

- sunt de acord cu transmiterea rezultatelor prin email ( la adresa mai sus completata).

Data: ...../...../.....

Nume si Prenume.....Semnatura.....

(numele in clar si semnatura pacientului/reprezentantului legal care consimte la efectuarea actului medical)