

# Formularul de testare rapidă a cazului suspect de COVID-19

Anexa 1

## Tip investigație solicitată:

detectie SARS-CoV-2 prin test antigenic rapid

Unitatea Școlară: \_\_\_\_\_

Clasa: \_\_\_\_\_

Probă caz suspect COVID-19

Nume: \_\_\_\_\_ Prenume: \_\_\_\_\_

Adresa de reizență: \_\_\_\_\_

Localitate: \_\_\_\_\_ Județul: \_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_ Vârștă: \_\_\_\_\_ ani

Număr telefon mobil: \_\_\_\_\_

Data recoltării probei: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Ora recoltării probei: \_\_ : \_\_

Tipul probei relevate: exudat nazal/exudat faringian

Rezultat: \_\_\_\_\_

Recoltat/Întocmit: \_\_\_\_\_

### Important:

- formularul se va completa **cu majuscule**
- persoana care completează datele în prezentul formular **își asumă corectitudinea** introducerii corecte a datelor.



MINISTERUL  
SĂNĂTĂȚII