|  |  |
| --- | --- |
|  | BAN CHỈ ĐẠO PC DỊCH COVID-19..................... /hoặc SỞ Y TẾ ĐIỆN BIÊN**CHỐT KIỂM KIỂM SOÁT DỊCH BỆN ...............................** **/ hoặc TRUNG TÂM………………….** |

**PHIẾU XÉT NGHIỆM TEST NHANH**

**KHÁNG NGUYÊN SARS-COV-2**

Số phiếu:……..

**Họ tên** (Full name):

**Ngày/ tháng/ năm sinh** (Date of birth):

**Giới tính** (Sex): 🗆 Nam (male) 🗆 Nữ (Female)

**Số CMND/CDCD/hộ chiếu** (Passport no):

**Địa chỉ** (Address):

**Quốc tịch** (Nationality):

**Điện thoại** (Phone):

**Kết quả xét nghiệm** (Test results):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yêu cầu xét nghiệm** | **Mẫu bệnh phẩm** | **Sinh phẩm xét nghiệm** | **Giờ/ phút làm xét nghiệm** | **Kết quả****(Result)** |
| Kháng nguyên SARS-CoV-2 | Dịch hầu họng/Nasopharyngeal | ……………….. | ..…. / …… |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI THỰC HIỆN** | *……………, ngày tháng năm 2021***ĐẠI DIỆN CHỐT KIỂM SOÁT/** **hoặc KHOA ………….** |