



# CENTRUL MEDICAL TOPMED



Str. Dorobantilor, Nr. 1-11 ,  
Tg.Mures  
Tel: 0265225002 / 03654245  
Fax: 0265210342  
mail: office@topmed.ro  
www.topmed.ro

## Formular real time RT-PCR SARS-CoV2

Nume, Prenume/ Last name, First name: \_\_\_\_\_

CNP																			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Numai pentru cetateni romani)

Varsta/age: \_\_\_\_ Sex: M F Adresa/Location info (hotel, address): \_\_\_\_\_

Numar telefon/Phone number: \_\_\_\_\_

Adresa de e-mail/ E-mail address: \_\_\_\_\_

Cetatean strain/Foreign citizen: YES If YES, please write Passport number: \_\_\_\_\_

### Biologie moleculara/ Molecular biology

<input type="checkbox"/> Testare in scop turistic/ Testing for leisure (sejururi internationale/ international trips, etc)	<input type="checkbox"/> Doresc buletin de analiza in limba engleza/ Medical report in english (se va elibera numai pentru testare in scop turistic sau cetateni straini/ will released only to foreign citizens or testing for leisure)
<input type="checkbox"/> Testare in scop personal/ Personal reasons	<input type="checkbox"/> Doresc transmiterea rezultatului prin e-mail/ I wish to receive the medic report via e-mail.
<input type="checkbox"/> Solicitare cod digital QR / QR code on report	

Am fost informat si sunt de acord ca laboratorul sa informeze autoritatile competente/ I acknowledged that was informed that the laboratory will announce the proper authorities.

### INFORMARE cu privire la Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Scopul colectarii datelor este acordarea de servicii medicale in conditiile legii.

Sunteti obligat/(a) sa furnizati datele, acestae fiind necesare legalitatii acordarii serviciilor medicale.

Informatiile inregistrate sunt destinate utilizarii de catre operator si imputernicitul sau si sunt comunicate doar autoritatilor abilitate in domeniul medical (Ministerul Sanatatii Publice, Casa de Asigurari de Sanatate, DSP, imputernicitii ai acestora).

Conform legislatiei, beneficiati de dreptul de acces, de interventie asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale si dreptul de a va adresa justitiei. Totodata, aveti dreptul sa va opineti prelucrarii datelor personale care va privesc si sa solicitati stergerea datelor in conditiile legii. Pentru exercitarea acestor drepturi, va puteti adresa cu o cerere scrisa, datata si semnata Responsabilului pentru Protectia Datelor cu Caracter Personal. Datele dumneavoastra nu vor fi transferate in afara Romaniei de catre operator prin imputernicitul sau.

Daca unele din datele dumneavoastra sunt incorecte, va rugam sa ne informati cat mai curand posibil.

\*\*\*\*\*

### CONSIMTAMANT LIBER EXPRIMAT

#### Cu privire la Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Declar fara echivoc ca am fost informat asupra drepturilor mele conform cerintelor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului Europei din 27.04.2016, a Legii nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata si ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal si protectia vietii private in sectorul comunicatiilor electronice de catre Centrul Medical TOPMED care prin resurse proprii sau prin Imputerniciti contractuali are obligatia de a administra in conditii de siguranta si numai pentru scopurile specificate, datele personale cu caracter medical furnizate in cadrul actului medical.

Declar ca sunt de acord ca datele mele sa fie prelucrate si mentionez ca acest acord este valabil pana va fi expres revocat de catre mine in conditiile legale.

Semnatura pacientului solicitant/ Patient signature: \_\_\_\_\_

(sau numele imputernicitului legal/ legal tutor signature)



(Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1.829/2020)

**Formularul de însoțire a probei recoltate de la cazul SUSPECT / CONFIRMAT COVID-19 sau de la alte categorii de persoane**

**Tip investigație solicitată detectie SARS-CoV-2 prin RT-PCR**

**Solicitant probă** (DSP/spital/laborator/SAJ, SABIF/UPU/CPU/SMURD/Ctr. Dializă/Cluburi sportive/Altele) .....

**Catre laboratorul** \_\_\_\_\_

**Cod caz:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (abreviere judet/nr.caz/anul ex. AB/100/2020)

**Proba la cerere**                               **Proba conform metodologiei INS/OMS**

**Nume:**

**Prenume:**

**Adresa de rezidenta:**

**CNP: :** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Varsta:** \_\_\_\_\_

**Nr. telefon mobil:**

**Adresa e-mail:**

**Personal medico-sanitar:**

- Medic
- Asistent
- Ambulantier
- Infirmier
- Altele-

**Data recoltarii probei:**

**Tipul probei prelevate:**

✓ **exsudat nazal / exsudat faringian**

- aspirat traheo-bronsic
- fragmente necroptice de pulmon

**Data trimiterii probei catre laborator:**

**RECOLTAT / INTOCMIT** \_\_\_\_\_

**Data**

**FORMULARUL SE VA COMPLETA CU MAJUSCULE.**

Persoana testată are obligația comunicării datelor personale corecte și va fi informată că aceste date vor fi utilizate pentru transmiterea rezultatelor. Persoana care completează datele în prezentul formular își asumă corectitudinea introducerii corecte a datelor.