

Załącznik nr 1 Wzór zgłoszenia
na badanie RNA SARS-CoV-2

ZGŁOSZENIE NA BADANIE RNA SARS-CoV-2

| Lp. | Opis | Informacja od podmiotu leczniczego |
|----------------------------|---|------------------------------------|
| Wypełnia podmiot leczniczy | | |
| 1. | Instytucja zgłaszająca (Podmiot leczniczy - funkcjonujący w publicznym systemie ochrony zdrowia, - działający na terenie województwa kujawsko-pomorskiego) | |
| | a) Liczba pracowników (w tym personel biały) | |
| | b) Liczba oddziałów / komórek organizacyjnych | |
| 1a. | Rodzaj testów: | |
| | • Testy genetyczne | |
| | • Testy immunologiczne | |
| | • Testy serologiczne | |
| 2. | Zakres zgłoszenia* | |
| | • Powtarzalne/jednorazowe | |
| | • Liczba osób, których dotyczy zgłoszenie | |
| | • Okres, którego dotyczy zgłoszenie | |
| 3. | Czy zgłaszający dysponuje odpowiednimi wymazówkami? | |
| 3.a | Jeśli nie, proszę podać liczbę zamawianych wymazówek | |
| 4. | Czy zgłaszający potrzebuje szkolenia online dla personelu w zakresie prawidłowego poboru próbek? | |
| 4.a | Jeśli tak, dla ilu osób? | |
| 5. | Czy zgłaszający dysponuje transportem dla próbek? | |
| 5.a | Jeśli nie, proszę podać miejsce odbioru próbek | |
| 6. | Osoba do kontaktu ws. zgłoszenia: | |
| | imię nazwisko | |
| | stanowisko | |
| | telefon | |
| | mail | |



| | | |
|---|--|--|
| 7. | Oświadczenie zgłaszającego: | <p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podmiot, który reprezentuję posiada umowę z NFZ, 2) podmiot działa na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, 3) osoby, którym będą pobrane próbki spełniają warunki określone w <i>Strategii działania w zakresie wykonywania testów w diagnostyce Covid-19 (poza systemem NFZ) w województwie kujawsko-pomorskim¹,</i> 4) próbki pobrane zostaną zgodnie z <i>Zasadami pobierania i transportu materiału do badań metodami molekularnymi RT PCR w kierunku SARS-CoV-2</i> dostępnymi na stronie Ministerstwa Zdrowia, 5) nie zachodzi sytuacja podwójnego finansowania. |
| | <p style="text-align: right;">Data:</p> <p style="text-align: center;">Podpis zgłaszającego:</p> | |
| Wypełnia pracownik Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego | | |
| | <p>Sprawdzono formalne: Data:</p> | |
| | <p>Akceptacja w zakresie:</p> | |
| | <p>Nadano numer:</p> | |

¹ Dostępna na www.kujawsko-pomorskie.pl/zdrowie