



MD-2009, Chișinău, str. Vasile Alecsandri, 2
Tel. + 373 22268818; Fax. + 373 22738781
e-mail: secretariat@msmps.gov.md
www.msmps.gov.md

2, Vasile Alecsandri street, Chisinau, MD-2009
Tel. + 373 22268818; Fax. + 373 22738781
e-mail: secretariat@msmps.gov.md
www.msmps.gov.md

ORDIN
mun. Chișinău

“10” August 2021

Nr. 461

**Cu privire la modificarea anexei nr.1 și nr.2 la
Ordinul MSMPS nr.565
din 18 iunie 2020**

În legătură cu evoluția epidemiologică a infecției COVID-19, în scopul asigurării continuității în prestarea serviciilor de depistare, diagnosticare, tratament și supraveghere a persoanelor care întrunesc definițiile de caz COVID-19, realizării Planului de control și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19) și Planului național de Imunizare anti-COVID-19, precum și în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.694/2017,

ORDON:

1. Anexa nr.1 și anexa nr.2 la Ordinul nr.565 din 18 iunie 2020 ”Cu privire la unele măsuri suplimentare de îmbunătățire a evidenței și supravegherii persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz pentru testarea la COVID-19”, se modifică și se expun în redacție nouă ”Buletinul de însoțire COVID-19”, conform anexei nr.1 la prezentul ordin și ”Datele privind persoanele investigate la COVID-19”, conform anexei nr.2 la prezentul ordin.
2. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum.

Ministru

Ala NEMERENCO

Anexa nr. 1
la ordinul MSMPS
nr. 761 din 10.08.2021

BULETIN DE ÎNSOȚIRE COVID-19

Informația despre expeditor

Instituția care prelevează proba	
Adresa	
Locul prelevării	☐ la domiciliu ☐ în instituție
Numele Prenumele lucrătorului medical care prelevează proba	
Numărul de telefon	
Definirea cazului	☐ Caz suspect ☐ Caz probabil ☐ Contact ☐ Caz confirmat
Testare	☐ Primară ☐ Repetat (Numărul probei pozitive _____)

Informația despre pacient

Nume		Prenume	
IDNP		Data de naștere	Vârstă:
Adresa (locul de trai)		Sex	☐ Masculin ☐ Feminin
Număr de telefon			
Locul de muncă (Instituția):		Funcția:	
Instituția medico-sanitară în care este înregistrat la medicul de familie		Vaccinat (denumire vaccin): ☐ da ☐ nu (_____)	
		Daca DA: ☐ doza 1 ☐ doza 2 Data ultimei administrări: _____	

Informația despre proba recoltată

Tip	☐ Tampon nazo-faringian și oro-faringian ☐ Lavaj bronhoalveolar ☐ Aspiratul endotraheal ☐ Aspirat nazofaringian ☐ Exsudat nazal ☐ Spută ☐ Țesut pulmonar ☐ Ser ☐ Sânge integral ☐ Urină ☐ Mase fecale
Toate probele colectate trebuie considerate potențial infecțioase și trebuie să contactați cu laboratorul de referință înainte de a trimite probe¹. Toate probele trebuie trimise conform instrucțiunilor de transport din categoria B.	
Vă rugăm să bifați caseta dacă proba este colectată post mortem ☐	
Data colectării	Ora colectării
Data trimerii în	Ora trimerii

laborator				
Date clinice				
Data debutului bolii		☐ Internat	☐ Domiciliu	
Călătorie în străinătate în zonele cu transmitere locală/comunitară de COVID-19 în ultimele 14 zile anterioare debutului bolii	☐ Da	Țară		
	☐ Nu	Data returului și punctul de intrare		
Pacientul este lucrător medical? (în caz că DA, indicați funcția și instituția unde activează în prima pagină)	☐ Da ☐ Nu			
Gravidă? (în caz că DA, indicați trimestrul sarcinii)	☐ Da ☐ Nu	Trimestrul	☐ I	☐ II ☐ III
Comentarii suplimentare				

Semnătura medicului

