**ВОЕННОМЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЯ**

**ЦЕНТЪР ПО ТРАНСФУЗИОННА ХЕМАТОЛОГИЯ**

**ДЕКЛАРАЦИЯ ОТ КАНДИДАТ-ДОНОРИ НА ХИПЕРИМУННА ПЛАЗМА**

................................................................................................................................................

(име, презиме, фамилия)

ЕГН...............................................................

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ ИМАМ ДОКУМЕНТИРАНО ПОНЕ ЕДНО ОТ СЛЕДНИТЕ ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА ПРЕБОЛЕДУВАНЕ ОТ КОВИД-19:**

1. ПОЛОЖИТЕЛЕН PCR ТЕСТ ОТ ДАТА......................................................................................

2. ПОЛОЖИТЕЛЕН СЕРОЛОГИЧЕН ТЕСТ (НАЛИЧИЕ НА АНТИТЕЛА) ОТ ДАТА .....................................................................................................................................

3. РЕНТГЕНОВИ ДАННИ ЗА КОВИД-СПЕЦИФИЧНА ПНЕВМОНИЯ - **ДА / НЕ**

4. ЕПИКРИЗА ЗА ПРОВЕДЕНО БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА КОВИД-19 - **ДА / НЕ**

5. МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД, ДОКАЗВАЩ НАЛИЧИЕ НА КОВИД-19 ИНФЕКЦИЯ - **ДА / НЕ**

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ НЯМАМ ДАННИ ЗА АКТИВНА КОВИД-19 ИНФЕКЦИЯ В МОМЕНТА:**

1. НАЛИЧИЕ НА ОТРИЦАТЕЛЕН PCR ТЕСТ ОТ ДАТА..............................................................

2. ИЗМИНАЛИ СА 28 ДНИ ОТ ПЪЛНОТО МИ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ - **ДА / НЕ**

3. ИМАМ СУБЕКТИВНИ ОПЛАКВАНИЯ, ХАРАКТЕРНИ ЗА КОВИД-19 - **ДА / НЕ**

4. ИЗМИНАЛИ СА 2 СЕДМИЦИ ОТ ПРИЕМА НА МЕДИКАМЕНТИ, НАЗНАЧЕНИ ПО ВРЕМЕ

НА БОЛЕДУВАНЕТО - **ДА / НЕ**

5. ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 14 ДНИ НЯМАМ КОНТАКТ С АКТИВНО БОЛНИ ОТ КОВИД-19 - **ДА / НЕ**

**ДАТА................................ ПОДПИС:.................................**