
Наименование организации

Наименование структурного подразделения

ЖУРНАЛ

регистрации тестирования работников
на коронавирус (COVID-19)

Том _____
Начат « ____ » _____ 20__ г.
Окончен « ____ » _____ 20__ г.
Итого внесено _____ записей.

Срок хранения _____
Хранить до « ____ » _____ 20__ г.

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование _____

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование _____

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования <i>(согласен/не согласен)</i>	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

ФИО ответственного за организацию тестирования _____

Наименование медицинской организации, проводящей тестирование

Адрес медицинской организации, проводящей тестирование

Дата	ФИО работника, направляемого на тестирование	Добровольное информированное согласие на прохождение тестирования (согласен/не согласен)	Подпись работника	Результат тестирования	Подпись работника
1	2	3	4	5	6

В настоящем журнале прошнуровано, пронумеровано и **опломбировано** 64 (шестьдесят четыре) страницы.

Руководитель (должность) _____

Ф.И.О. _____

Подпись _____

« ____ » _____ 20 ____ г. М.П.

ВНИМАНИЕ! Контрольную пломбу не вскрывать!
При вскрытии проявляется надпись «ВСКРЫТО»

Пломба контрольная (ГОСТ 31282-2004) – уникальное индикаторное устройство одноразового применения, предназначенное для обнаружения факта несанкционированного доступа.

Уникальный номер пломбы _____

Артикул ОТ-17. Журнал регистрации тестирования сотрудников на коронавирус (COVID-19)

© ООО «Кадры в порядке», тел. (495) 724-03-21