**여행객 코로나19검사 프로그램**

**PLEASE TYPE INFORMATION OR PRINT LEGIBLY 정보 기입란**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAME OF TESTING CENTER검사기관명: Department of Public Health and Social Services (DPHSS)**  **괌 공중 보건 및 사회복지부** | | **Test Type**  **검사 방법** | | **Country of Return**  **도착 국가** | | **Flight Information**  **항공 정보** | |
|  | **Nikko (닛코)** |  | **Antigen**  **항원 검사** |  | **South Korea 한국** | **Departure Date 출발일:** |  |
|  | **The Plaza (더 플라자)** |  | **Japan 일본** | **Departure Time 출발시간:** |  |
|  | **Hyatt (하얏트)** |  | **PCR**  **검사** |  | **Taiwan R.O.C 대만** | **Flight No 항공편명:** |  |
|  | **PIC Guam (PIC 괌)** |  | **Other 기타** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRAVELER IDENTIFICATION 여행객 정보** | | |
| **LAST NAME 성** | **FIRST NAME 이름** | |
| **DATE OF BIRTH MM/DD/YYY 생년월일** | **ETHNICITY/RACE/NATIONALITY**  **국적 예** | **GENDER (MALE OR FEMALE)**  **성별 (남성/여성)** |
| **ACCOMMODATIONS 숙소** | | |
| **HOTEL NAME OR RENTAL LOCATION 숙소 주소** | **ROOM NUMBER - IF APPLICABLE 객실 번호 - 확인 가능 시** | |
| **CONTACT INFORMATION 연락처 정보** | | |
| **MOBILE NUMBER 휴대전화** | **EMAIL 이메일 주소** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORDERING PHYSICIAN 담당 의사** | | | | **SPECIMEN INFORMATION 검체 정보** | | | | | |
| Name이름: | **Dr. Robert Leon Guerrero or designee** | | | Source of Specimen 검체 출처: | Human사람 | | | | |
| Clinic클리닉: | **DPHSS NRCHC** | | | Specimen Source 검체 유형: |  | Nasal비강 | |  | Nasopharyngeal  비인두 |
| Street세부주소: | 520 West Santa Monica Avenue | | | Collection Type 검체 방법: | Swab 면봉 | | | | |
| City도시: | Dededo | 주: | Guam | Transport Medium 수송 배지 |  | VTM/UTM | |  | None |
| Country국가: | USA | 우편번호: | 96929 | Date and Time of Collection  검사일자 및 시간: |  | | | | |
| Phone No. 연락처: | +1 671 635 7492 | | | Collected by 채취자: |  | | MD / RN / CNA / LPN / EMT / CPA | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LABORATORY ANALYSIS INFORMATION (GUAM DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL SERVICES USE ONLY)**  **실험실 검사 결과/기타 정보 (****공중 보건 및 사회복지부 전용 기입 칸)** | | | | | | | | |
| **Laboratory Name 기관명:** | **GUAM PUBLIC HEALTH LABORATORY** | | | | | | | |
| **Assay Performed**  **분석법:** |  | **Nucleic Acid Amplification Test (Select method below) 유전자 증폭 검사 (방법 선택):** | | | | | | |
|  |  | CDC Flu A & B Sars-CoV-2 Multiplex rRT-PCR | | |  | Abbott ID Now COVID-19 INAA | |
|  | Xpert Xpress Sars-CoV-2 rRT-PCR | | |  | 기타 (명시) | |
|  | **Antigen Test Performed (Select method below) 항원 검사 (방법 선택):** | | | | | | |
|  |  | FlowFlex COVID-19 Antigen | | | | | |
|  | BD Veritor Sars-CoV-2 and Flu A + B | | | | | |
| **Result 검사결과:** |  | | | | | | | Cycle Threshold (CT) Value (if available)  주기 임계치 (제시 가능한 경우): |
| **Reference Value**  **코로나 검사 수치:** | Negative or Not Detected음성 혹은 검출되지 않음 | | | | | | | |
| **Issuance Date**  **결과 발급일자:** |  | | | **Staff Initial**  **검사자 이니셜:** |  | | | |
|
| The instrumentation used to conduct the test has significant sensitivity. Nevertheless, few negative results should be treated with caution. Patient follow up and repeat testing, if clinically indicated, are recommended.  검사 분석에 사용된 기기는 상당한 민감도를 가진다. 그럼에도 일부 음성 판정 결과는 주의하여 다루어야 한다. 임상적 징후가 있는 경우 환자 추적 관찰 및 반복적인 검사를 권장한다. | | | | | | | | |