

কেবলমাত্র স্বাস্থ্য-যত্ন নিখরচায় স্ব-সংগ্রহের জন্য এবং অভ্যন্তরীণ ব্যবহারের জন্য নয়

স্ব-সংগ্রহের নির্দেশাবলী

নাসিক (পূর্ববর্তী নেরেস) সংগ্রহ

সংগ্রহের কিট উপাদান

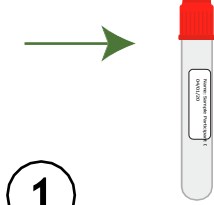


টিউব (তরলযুক্ত)



নাকের
উপর
রাখুন

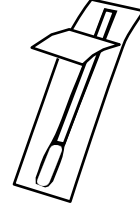
প্রলেপক



1

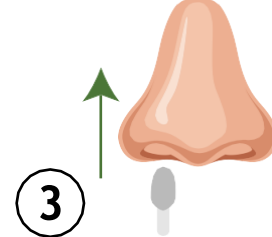
- পরীক্ষার প্রয়োজনীয়তার নীচে থেকে আপনার নাম এবং জন্মের তারিখ সহ লেবেলটি ছিটিয়ে টিউবে রাখুন।

- যদি প্রাক-পূর্ণ ভরাট লেবেল না পাওয়া যায় তবে নীল বা কালো কলম দিয়ে টিউব লেবেলে আপনার নাম এবং জন্ম তারিখটি লিখুন।



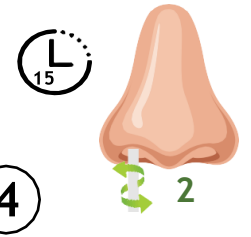
2

- প্যাকেজ থেকে সোয়াব সরান এবং সোয়াব এর ডগা স্পর্শ করবেন না।



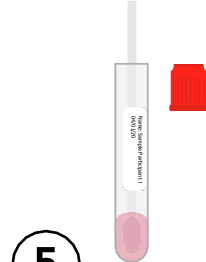
3

- সামান্য পিছনে মাথা অবস্থান করুন, এবং প্রায় এক ইঞ্চি বাম নাকের নাকের মধ্যে সোয়াব ঢোকান।



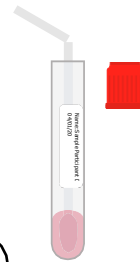
4

- নাকের পুরো ভিতরের প্রান্তটি ঘিরে একটি বৃত্তাকার গতিতে সোয়াব ঘোরান। এটি ২ বার করুন এবং তারপরে এটি ১৫ সেকেন্ডের জন্য রাখুন।
- একই সোয়াব ব্যবহার করে ডান নাস্রিতে একই প্রক্রিয়াটি পুনরাবৃত্তি করুন।



5

- সোয়াব ধরে রাখার সময় টিউব থেকে ক্যাপটি সরিয়ে ফেলুন। তরল ছিটিয়ে বা পানীয় না।
- টিউবটিতে সোয়াব ঢোকান যাতে টিপটি টিউবের নীচে স্পর্শ করে এবং সোয়াবটির শাফটটি টিউবের রিমের বিপরীতে স্থির থাকে।



6

- ছিদ্রযুক্ত ব্রেক পয়েন্টে টিউবের পাশের বিরুদ্ধে সোয়াব হ্যাণ্ডেলটি ভেঙে দিন।

7

- ক্যাপটি টিউবটির উপরে ফুঁ করুন এবং নলটি ভিতরে রাখুন ব্যাগটি, কাগজের প্রয়োজনীয়তা ব্যাগে রাখার বিষয়টি নিশ্চিত করুন (যদি প্রয়োজ্য হয়)। ব্যাগটি সিল করুন,
- বাক্সে সংগ্রহের ব্যাগ এবং পরীক্ষার প্রয়োজনীয়তা রাখুন এবং কোনাটি বন্ধ করুন।

Quest NATIONAL CLINICAL AND WELLNESS ACCOUNT
ACCEPTED BY ALL MAJOR PHARMACEUTICAL MAJOR COLLECTION PARTNERS
QUESTIONS CALL 800-443-4433

PHYSICIAN: _____ PATIENT ID: _____ SPECIMEN MUST BE TESTED IN A QLS LABORATORY Lab Reference ID: _____

PARTICIPANT INFORMATION (ALL FIELDS MUST BE COMPLETED PRIOR TO COLLECTION)

FIRST NAME: _____ MI: _____ LAST NAME: _____ SEX: _____ HEIGHT: _____ WEIGHT: _____
PARTICIPANT ID: _____ DATE OF BIRTH: _____ COMPLETE: NO/INCOMPLETE

STREET ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____

ACCOUNT IN OUR PAC COMPLIANCE: _____ PATIENT ID: _____ DO NOT WRITE THESE FIELDS
PATIENT ID: _____ DO NOT WRITE THESE FIELDS

DATE COLLECTED: _____ TIME COLLECTED: _____ COLLECTOR: _____ PHONE: _____ FAX: _____
COLLECTOR INITIALS: _____ PAC SITE CODE: _____

QUESTIONS? Call 800-443-4433