|  |
| --- |
| ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ / KONFIRMACI\*– PARVOVIRUS B19 |
| \* nehodící se škrtněte |  |
| Zadavatel, poskytovatel ZS (razítko): | IČP: |
|   | Odbornost: |
|   | Lékař: |
|   | Tel.: |
|  |  |
| Jméno a příjmení pacienta:  |
| Rodné číslo pacienta: muž – žena\* |
| Adresa místa pobytu v ČR: |
| Kód diagnózy: |
| Zdravotní pojišťovna: |
| Datum začátku onemocnění: |
|  |  |
| Klinický materiál (u zasílaného klinického materiálu uveďte datum do pole k vyšetření, které požadujete): | Datum a čas odběru (napsat do příslušného okénka): |
|  |  Serologie PCR |
| nasofaryngeální vzorek (výtěr, aspirát) | xxx  |
| kostní dřeň | xxx  |
| pupečníková krev |  |
| plodová voda |  xxx  |
| krev srážlivá |  |
| krev nesrážlivá |  |
| sérum  |    |
| plasma  |    |
|  |  |
|  |  |
| Klinický materiál zaslán do NRL dne: |   |
|  |  |
| Přijal, přezkoumal: | Datum: |
|   | Hodina: |

**Příjem vzorků: budova 4, 1. patro (zvonek „Chřipka“)**