|  |  |
| --- | --- |
| 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“)**