|  |
| --- |
| ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ / KONFIRMACI\* – SPALNIČKY |
| \* 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 materiálu uveďte datum do pole k vyšetření, které požadujete): |  Datum a čas odběru(napsat do příslušného okénka): |
|  | Serologie PCR |
| nasofaryngeální vzorek (výtěr, aspirát) | xxx |
| moč | xxx  |
| likvor |  xxx  |
| krev/ sérum I. / plasma\* |    |
| krev/ sérum II. / plasma\* |    |
|  |  |
| Vakcinace (zakroužkovat):  | ANO | NE |
| Vakcinace čím (název vakcíny)  | I. dávka: |
| II. dávka: |
| Cestovní anamnéza: |  |
|  |  |
|  |  |
| Klinický materiál zaslán do NRL dne: |   |
|  |  |
| Přijal, přezkoumal: | Datum: |
|   | Hodina: |

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