|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ / KONFIRMACI\* – PŘÍUŠNICE | | | |
| \* 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 | |
| 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“)**