**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ V NRL PRO ENTEROVIRY**

**PACIENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodné číslo |  | Zdravotní pojišťovna |  |
| Příjmení |  | | |
| Jméno |  | | |
| Datum narození (cizinci) |  | muž  žena | |
| Adresa místa pobytu v ČR |  | | |
| Základní diagnóza |  | | |
| Druh klinického materiálu |  | Datum a hodina odběru |  |

**Poskytovatel zdravotních služeb (ZADAVATEL)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lékař: | IČP |  |
| Adresa: | Odbornost |  |
| Razítko a podpis: | |
| Tel.: |

**POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ:**

**Průkaz protilátek proti enterovirům (ENT), hantavirům (HANTA), poliovirům (PV)**

**ELISA** **VNT (Virus neutralizační test)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENT (IgG, IgM, IgA) | PV1 |  |  |
| PV3 |  |  |
| HANTA (IgG, IgM) |  |  |  |
|  |  |

**Přímý průkaz enterovirů Jiná neuvedená vyšetření / Poznámka:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kultivace | PCR |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Datum přijetí : Čas přijetí : Přijal/a :