**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 :