|  |
| --- |
| ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ – KONFIRMACE SPALNIČEK  |
|  |  |
| Zadavatel (razítko): | IČZ: |
|   | Odbornost: |
|   | Lékař: |
|   | Tel.: |
|  |  |
| Jméno: | Dg: |
| Rodné číslo: | muž - žena |
|  |  |
| Zdravotní pojišťovna: |
| Datum začátku onemocnění: |
|  |  |
| **Klinický materiál (u zasílaného materiálu uveďte datum a jaké vyšetření požadujete):** | **Datum odběru (napsat do příslušného okénka) :** |
|  | **Serologie PCR** |
| nasofaryngeální vzorek (výtěr, výplach, aspirát) |  |
| moč |   |
| likvor |   |
| 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: |