|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: | |