|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ – PŘÍUŠNICE | | |
|  | |  |
| 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 čím | I. dávka: | |
| II. dávka: | |
| Cestovní anamnéza: |  | |
|  | |  |
|  | |  |
| Klinický materiál zaslán do NRL dne: | |  |
|  | |  |
| Přijal, přezkoumal: | | Datum: |
|  | | Hodina: |