|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Průvodní list k vyšetření testy na syfilis a event. ke konfirmačnímu vyšetření** | | | | | | | | | | | | |
|  | krev, sérum, plasma, liquor aj. | | | | | | |  |  | | | |
|  |  | | | | |  |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |
|  |  | | | | |  |  | **Odesílatel:** |
| **Národní referenční lab. pro dg. syfilis** | | | | | | |  |  |
| Státní zdravotní ústav, pavilon 6 | | | | | | |  |  |
| Šrobárova 48, 10042 Praha 10 | | | | | | |  | **PRO:** |  | | | |
| MUDr.Hana Zákoucká | | | | | |  |  |  |
| **Tel.: 267 082 782** | | | | | |  |  | **ODB:** |  | **IČP:** |  | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
| **Příjmení a jméno pac.:** | | | | |  | | | | | **dat. odběru:** | |  | |
| **Rodné číslo:** | |  | | | | |  | **Zdr. poj.:** |  | zaměstnání: | |  | |
| Bydliště: | | |  |  | | |  |  |  | rod. stav: | |  |
|  | | |  |  | | |  |  |  |  | | |
| **Dg. ke dni odběru:** | | | |  | | |  | **Důvod vyšetření:** | |  | | |
| Dg. na zač. onem.: | | | |  | | |  |  |  |  | | |
|  | | | |  | | |  |  | |  | | |
| Datum nákazy: | | | |  | | |  |  |  |  | | |
| Anamnesa, svědčící pro syfilis: | | | | | | |  |  |  |  | | |
|  | | | | | | |  |  |  |  | | |
| Klinické příznaky, svědčící pro syfilis: | | | | | | |  |  |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
| Jiná závažná onemocnění (autoimunní, nádorová aj.): | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
| **hepatitida:** | **A B C D E** | | | | | |  | **Dárce krve (orgánů):** | |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
|  | | | | | |  |  |  |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
| Poslední vyš. na syfilis (laboratoř, datum): | | | | | | | |  |  |  | | |
| **Netreponemové testy:** | | | | | |  |  | **Treponemové testy:** | |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
| **Antisyfilitická terapie ATB:** ano ne , **druh - dávka - datum:** | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
| **Antisyfilitická terapie matky v graviditě** (druh-dávka-datum)**:** | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | |
| **ATB podaná v inkubační době** (event. v uplynulých 6 měsících): | | | | | | | | |  |  | | |
|  | | | | | | |  |  |  |  | | |