

**ÚVN**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice PrahaU Vojenské nemocnice 1200, Praha 6
IČ: 61383082**PRŮVODKA PCR-SARS-COV-2**ODDĚLENÍ HEMATOLOGIE A KREVNÍ TRANSFUZE
ODDĚLENÍ KLINICKÉ MIKROBIOLOGIE

Příjem materiálu: tel.: 973 203 336

PRŮVODKA MATERIÁLU NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Datum a čas odběru		Odesílající lékař - IČP, odbornost, razítko s adres., podpis	<input type="checkbox"/> Statim Pojišťovna
Jméno		Hygiena (HS)/epidemiologie - adresa, telefon	Diagnóza
Příjmení		MÍSTO PRO PACIENTSKÝ ŠTÍTEK	Odebral
Datum narození			
Číslo pojištěnce			Pohlaví: <input type="checkbox"/> MUŽ / <input type="checkbox"/> ŽENA
Číslo mob. telefonu		<input type="checkbox"/> Souhlas se zpracováním osobních údajů dle článku 6, odstavec 1a GDPR (telefonní číslo)	
Adresa trvalého bydliště	Ulice:	č. popisné:	
	Obec:	PSČ:	
Kontaktní adresa	Ulice:	č. popisné:	
	Obec:	PSČ:	

POKUD NEBUDOU NA ŽÁDANCE VYPLNĚNY POTŘEBNÉ ÚDAJE, NEBUDE MATERIÁL PŘIJAT!**PCR- SARS-COV-2 (TYP MATERIÁLU: VÝTĚR - NOSOHLTAN)** 1. VYŠETŘENÍ KONTROLNÍ VÝŠ.: PRVNÍ DRUHÉ NEVÍM JINÉ:

PŘÍZNAKY	DNŮ
<input type="checkbox"/> teplota > 37,5 °C	
<input type="checkbox"/> kašel	
<input type="checkbox"/> dušnost	
<input type="checkbox"/> malátnost	
<input type="checkbox"/> rýma	
<input type="checkbox"/> bolest hlavy	
<input type="checkbox"/> bolest na hrudi	
<input type="checkbox"/> bolest břicha	
<input type="checkbox"/> bolesti svalové	
<input type="checkbox"/> zvracení	
<input type="checkbox"/> průjem	
<input type="checkbox"/> tonsilitis	
<input type="checkbox"/> konjunktivitis	
<input type="checkbox"/> tracheitis	
<input type="checkbox"/> bronchitis	
<input type="checkbox"/> exantem	
<input type="checkbox"/> ztráta čichu a chuti	
<input type="checkbox"/> jiné:	

DIAGNÓZA	ÚDAJE	
Klin.diag. / kód:		
Dat. počátku onem.:		
Hospitalizace od:		
Léčba / od data:		
ATB		
Antivirotika		
obezita	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
hypertenze	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
CHOPN	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
astma	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
jiné chronic.plicní onem.	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
ECMO	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
těhotenství	trimestr	<input type="checkbox"/> ne
očkování proti chřipce	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Jiné důležité příznaky:		