

Titul, meno, priezvisko:		Ordinoval lekár (pečiatka a podpis):	Dôvod vyšetrenia: <input type="checkbox"/> Pacient s podozrením na COVID-19 <input type="checkbox"/> Pacient s potvrdeným COVID-19 <input type="checkbox"/> Vlastná žiadosť - zdravotník, záchranár <input type="checkbox"/> Vlastná žiadosť - pacient, samoplatca <input type="checkbox"/> Predoperačné vyšetrenie
Rodné číslo:	Dátum narodenia:		
Bydlisko, kontakt:			
Diagnóza:	Zdrav. poisťovňa:	Dátum a čas odberu materiálu:	

Klinické údaje

(prosíme označiť krížikom vľavo a doplniť na vyznačené miesta)

Symptomatológia	aktuálne	v anamnéze	dátum
Kašeľ			
Zvýšená telesná teplota			
Zápal dýchacích ciest (vrátane rinitídy)			
Bolesti svalov, kĺbov, únava			
Dyspnoe			
Iné.....			
Dátum prvých príznakov:.....			

Požadované vyšetrenia

(prosíme označiť krížikom vľavo)

Diagnostika COVID-19
<input type="checkbox"/> S-Anti-SARS-CoV-2 IgG
<input type="checkbox"/> S-Anti-SARS-CoV-2 IgM
<input type="checkbox"/> Vh-SARS-CoV-2 RNA (RT-PCR)

Posúdenie stavu imunity / prognóza ochorenia

<input type="checkbox"/> B-FlowCyto Panel 1
<input type="checkbox"/> B-Krvný obraz + dif.
<input type="checkbox"/> S-IgA, S-IgG, S-IgM

Zápalové markery

<input type="checkbox"/> CRP
<input type="checkbox"/> Prokalcitonín

Poznámky:

Epidemiologická anamnéza

Pobyt v zahraničí v uplynulých 30 dňoch
Dátum a miesto pobytu:.....
Bližky kontakt s osobou s potvrdeným ochorením COVID-19
Dátum kontaktu, meno a priezvisko osoby:.....
Bližky kontakt s osobou, ktorá bola v uplynulých 30 dňoch v krajine s vysokým výskytom COVID-19. Krajina.....
Dátum a krajina pobytu, meno a priezvisko osoby:.....

!!! tu odstrihnúť !!!

Verzia 27.11.2020

Titul, meno, priezvisko:		Ordinoval lekár (pečiatka a podpis):	Dôvod vyšetrenia: <input type="checkbox"/> Pacient s podozrením na COVID-19 <input type="checkbox"/> Pacient s potvrdeným COVID-19 <input type="checkbox"/> Vlastná žiadosť - zdravotník, záchranár <input type="checkbox"/> Vlastná žiadosť - pacient, samoplatca <input type="checkbox"/> Predoperačné vyšetrenie
Rodné číslo:	Dátum narodenia:		
Bydlisko, kontakt:			
Diagnóza:	Zdrav. poisťovňa:	Dátum a čas odberu materiálu:	

Klinické údaje

(prosíme označiť krížikom vľavo a doplniť na vyznačené miesta)

Symptomatológia	aktuálne	v anamnéze	dátum
Kašeľ			
Zvýšená telesná teplota			
Zápal dýchacích ciest (vrátane rinitídy)			
Bolesti svalov, kĺbov, únava			
Dyspnoe			
Iné.....			
Dátum prvých príznakov:.....			

Požadované vyšetrenia

(prosíme označiť krížikom vľavo)

Diagnostika COVID-19
<input type="checkbox"/> S-Anti-SARS-CoV-2 IgG
<input type="checkbox"/> S-Anti-SARS-CoV-2 IgM
<input type="checkbox"/> Vh-SARS-CoV-2 RNA (RT-PCR)

Posúdenie stavu imunity / prognóza ochorenia

<input type="checkbox"/> B-FlowCyto Panel 1
<input type="checkbox"/> B-Krvný obraz + dif.
<input type="checkbox"/> S-IgA, S-IgG, S-IgM

Zápalové markery

<input type="checkbox"/> CRP
<input type="checkbox"/> Prokalcitonín

Poznámky:

Epidemiologická anamnéza

Pobyt v zahraničí v uplynulých 30 dňoch
Dátum a miesto pobytu:.....
Bližky kontakt s osobou s potvrdeným ochorením COVID-19
Dátum kontaktu, meno a priezvisko osoby:.....
Bližky kontakt s osobou, ktorá bola v uplynulých 30 dňoch v krajine s vysokým výskytom COVID-19. Krajina.....
Dátum a krajina pobytu, meno a priezvisko osoby:.....

Verzia 27.11.2020