

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

Klinické údaje

(prosíme označiť krížikom vľavo a doplniť na vyznačené miesta)

Symptomatológia	aktuálne	v anamnéze	dátum
<input type="checkbox"/> Kašeľ			
<input type="checkbox"/> Zvýšená telesná teplota			
<input type="checkbox"/> Zápal dýchacích ciest (vrátane rinitídy)			
<input type="checkbox"/> Bolesť svalov, kĺbov, únava			
<input type="checkbox"/> Dyspnoe			
<input type="checkbox"/> Iné.....			
Dátum prvých príznakov:.....			

Epidemiologická anamnéza

<input type="checkbox"/> Pobyť v zahraničí v uplynulých 30 dňoch
Dátum a miesto pobytu:.....
<input type="checkbox"/> Blízky kontakt s osobou s potvrdeným ochorením COVID-19
Dátum kontaktu, meno a priezvisko osoby:.....
<input type="checkbox"/> Blízky 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:.....

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

Poznámky:

Verzia 29092020

!!! tu odstrihnúť !!!

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

Klinické údaje

(prosíme označiť krížikom vľavo a doplniť na vyznačené miesta)

Symptomatológia	aktuálne	v anamnéze	dátum
<input type="checkbox"/> Kašeľ			
<input type="checkbox"/> Zvýšená telesná teplota			
<input type="checkbox"/> Zápal dýchacích ciest (vrátane rinitídy)			
<input type="checkbox"/> Bolesť svalov, kĺbov, únava			
<input type="checkbox"/> Dyspnoe			
<input type="checkbox"/> Iné.....			
Dátum prvých príznakov:.....			

Epidemiologická anamnéza

<input type="checkbox"/> Pobyť v zahraničí v uplynulých 30 dňoch
Dátum a miesto pobytu:.....
<input type="checkbox"/> Blízky kontakt s osobou s potvrdeným ochorením COVID-19
Dátum kontaktu, meno a priezvisko osoby:.....
<input type="checkbox"/> Blízky 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:.....

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

Poznámky:

Verzia 29092020