

Oblastní nemocnice Trutnov, a. s.
Oddělení lékařské mikrobiologie a imunologie
tel. 499 866 410, 499 866 403
Maxima Gorkého 77, 541 01 Trutnov
IČZ 26000237

Žádanka vyšetření RNA koronaviru (onemocnění COVID-19)

Pacient – jméno, příjmení*			
Rodné číslo*		Datum narození*	
Místo pobytu - obec, ulice, číslo popisné, PSČ*			
Telefonní kontakt na vyšetřovaného*			
Pojišťovna*		Klinická dg. (kód)	
KHS (pokud vyšetření indikuje KHS, vyplňte která)	<input type="checkbox"/> KSHSK (Hradec Králové) <input type="checkbox"/> KHSLBC (Liberec) <input type="checkbox"/> jiná:		
Razítko žadatele (včetně IČZ/IČP a odbornosti), podpis, telefonický kontakt			
Klinický stav (zaškrtněte)	<input type="checkbox"/> bez příznaků <input type="checkbox"/> ARI symptomy <input type="checkbox"/> klinicky závažný stav <input type="checkbox"/> jiné:		
Epidemiologická anamnéza (max. 200 znaků, např. kontakt, pobyt Itálie, nařízená karanténa)			
Překlad pacienta do jiného zařízení (pokud ano, vyplňte kam)			
Datum odběru*		Čas odběru*	
Materiál (zaškrtněte)	<input type="checkbox"/> nasopharyngeální stěr <input type="checkbox"/> sputum <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> tracheální aspirát <input type="checkbox"/> jiné:		
Poznámka:			

* *povinné*

Vyplňujte čitelně.