

Žádanka o PCR vyšetření

Příjmení: _____ Dg.: _____ Poj.: _____

Jméno: _____ Pohlaví muž
 žena

Identifikační číslo: _____
(u cizinců i datum narození)

ATB, poznámka: _____

Datum a čas odběru,
odběr provedl: _____ Razítko, jméno a podpis
indikujícího lékaře

Vyšetření:

- Chřipka A, B + RSV (výtěr z nosohltanu)
- Chlamydia trachomatis* + *Neisseria gonorrhoeae*
(ženy: moč, endocervikální/vaginální výtěr, muži: moč)
- Mycobacterium tuberculosis* komplex (sputum)**
- SARS-CoV-2 (výtěr z nosohltanu)
– vyplňte pouze u požadavku na toto vyšetření:

Číslo mobilního telefonu indikujícího lékaře:

Bydliště:

Obec, ulice a č.p.:

PSČ:

Telefon vyšetřovaného:

Datum začátku akutního onemocnění:

Rizikový kontakt:

Cest. anamnéza:

Karanténa:

Příznaky (ano/ne): Teplota >38°C

Suchý kašel

Dušnost

Samoplátce: Místo narození:

E-mail:

Národnost:

Žádanka o PCR vyšetření

Příjmení: _____ Dg.: _____ Poj.: _____

Jméno: _____ Pohlaví muž
 žena

Identifikační číslo: _____
(u cizinců i datum narození)

ATB, poznámka: _____

Datum a čas odběru,
odběr provedl: _____ Razítko, jméno a podpis
indikujícího lékaře

Vyšetření:

- Chřipka A, B + RSV (výtěr z nosohltanu)
- Chlamydia trachomatis* + *Neisseria gonorrhoeae*
(ženy: moč, endocervikální/vaginální výtěr, muži: moč)
- Mycobacterium tuberculosis* komplex (sputum)**
- SARS-CoV-2 (výtěr z nosohltanu)
– vyplňte pouze u požadavku na toto vyšetření:

Číslo mobilního telefonu indikujícího lékaře:

Bydliště:

Obec, ulice a č.p.:

PSČ:

Telefon vyšetřovaného:

Datum začátku akutního onemocnění:

Rizikový kontakt:

Cest. anamnéza:

Karanténa:

Příznaky (ano/ne): Teplota >38°C

Suchý kašel

Dušnost

Samoplátce: Místo narození:

E-mail:

Národnost: