

Žiadanke na laboratórne vyšetrenie na koronavírus SARS-CoV-2

STAT ☐

Rodné číslo:

Muž ☐

Priezvisko, meno:

Žena ☐

Dátum narodenia:

Adresa bydliska:*

Kontakty:

tel.č. e-mail Samoplatca ☐

Diagnóza:

☐

U072 podozrenie z infekcie COVID-19

☐

U071 potvrdená diagnóza COVID-19

Kód poisťovne

Fakturovať:

☐

pacient

zdravotnícke zariadenie ☐

ID Hospitalizovaného prípadu:

Europoistenci: K žiadanke priložiť kópiu preukazu poistenca!

EU poistenec / štát:

ID pacienta:

Nazofaryngeálny výter (2 výtery: nosohltan nosom + podnebné oblúky) do transportného média ☐

Dátum, čas odberu:

Dátum, čas prijatia do laboratória:

Príznaky	Počet dní
Teplota / ° C	
Malátnosť	
Nádcha	
Kašeľ	
Dýchavičnosť	
Bolesť hlavy	
Bolesť na hrudi	
Bolesť brucha	
Bolesť kĺbov a svalov	
Zvracanie	
Hnačky	
Tonzilitída	
Konjunktivitída	
Tracheitída	
Bronchitída	
Exantém	
Strata čuchu	
Strata chuti	
Iné dôležité príznaky	

Diagnóza	Údaje
Klin. diag./kód:	
Dátum začiatku ochorenia:	
Hospitalizácia od:	

Liečba / od dátumu:	
ATB	
Antivirotiká	

Obezita	áno	nie
Hypertenzia	áno	nie
Podpora dýchania	áno	nie
ECMO	áno	nie
Tehotenstvo	trimester	nie

Očkovanie proti chrípke	áno	nie
Názov vakcíny		
Dátum očkovania		
Cestovateľská anamnéza	áno	nie
Výskyt ochorenia v okolí	áno	nie
Rodina, pracovisko, škola, iné		

Lekár vykonávajúci odber:

Pečiatka, podpis:

Miesto odberu:

Meno a adresa praktického lekára pre dospelých alebo deti a dorast (vyplňte v prípade, ak je iný ako lekár vykonávajúci odber)

V prípade dotazov volajte call centrum 0800 800 234

*V prípade, že sa pacient nedržiava na adrese trvalého bydliska, vyplňte prosím bydlisko prechodné.