

Číslo pojištěnce: Příjmení: Jméno: Datum narození: Pohlaví: Muž ŽenaČ. pasu (nebo OP): Dat. plat. dokladu: Státní příslušnost: Návrat z rizik. oblasti DG: U69.75 Podezření na onemocnění COVID-19DG: Z11.5 ScreeningOPAK. ODB: Z03.8 Pozorování pro podezření na jiné nemoci a patologické stavyPojišťovna: Samoplátce: Datum a čas odběru: . 20 : Jak vyplňovat: **Správně** **Chybně** IČP, odbornost: Razítko a podpis lékaře: Adresa pacienta: E-mail pacienta: ²⁾ Tel. na pacienta: ²⁾ Primární vzorek: výtěr krev sliny balDatum a čas přijetí laboratoří: . 20 : Celkem vyžádáno vyšetření: Způsob doručení: e-mail osobně poštou**Odběrový materiál viz barevnost na žadance:** zlatý uzávěr (srážlivá krev) zelený uzávěr (krev s heparinem)

V – Výtěr, B – BAL, SI – Sliny

¹⁾ Nutné uvést číslo dokladu totožnosti.²⁾ V případě odeslání výsledku e-mailem nutné uvést i číslo mobilního telefonu.

Přímý průkaz (PCR)		
<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2	V, SI, B
<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 diskriminační test	V, SI, B
<input type="checkbox"/>	Vystavení lékařského potvrzení COVID-19 ¹⁾	
<input type="checkbox"/>	Influenza A (typizace) / Influenza B	V
<input type="checkbox"/>	RSV	B, V

Přímý průkaz (Antigenní testy)		
<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 antigenní test	V
<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 antigenní test – stanovení N proteinu z krve	

PŘÍZNAKY	DNŮ	DATUM VZNIKU PŘÍZNAKU
horečka		
suchý kašel / dušnost		
únava		
bolest hlavy		
bolest svalů a kloubů		
bolesti v krku		
bolesti obecně		
průjem		
zánět spojivek		
ztráta chuti nebo čichu		
vyrážka na těle nebo barevné změny na prstech rukou nebo nohou		
jiné		

Protilátky	
<input type="checkbox"/>	Protilátky proti SARS-CoV-2 (IgA, IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Protilátky proti SARS-CoV-2 (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Protilátky proti SARS-CoV-2 (IgG)
<input type="checkbox"/>	Protilátky proti SARS-CoV-2 (IgA)
<input type="checkbox"/>	Protilátky proti SARS-CoV-2 (IgM)
<input type="checkbox"/>	Protilátky proti SARS-CoV-2 IgG Blot (10 Ag)
<input type="checkbox"/>	Vystavení potvrzení o hladině protilátek (cz/eng) ¹⁾

Buněčná imunita (po-čt)	
<input type="checkbox"/>	Buněčná imunita SARS-CoV-2 (odebrat 2 zkumavky heparinové krve)
<input type="checkbox"/>	Vystavení potvrzení o hladině buněčné imunity (cz/eng) ¹⁾

DIAGNÓZA	
Prodělal(a) jste v minulosti onemocnění COVID-19?	
<input type="checkbox"/> Ano	Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ne
Hospitalizace od: <input type="text"/>	
Léčba / od data: <input type="text"/>	
Měl(a) jste někdy pozitivní PCR/antigenní test?	
<input type="checkbox"/> Ano	Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Netestoval(a) jsem se
Byl(a) jste očkován(a) proti COVID-19?	
<input type="checkbox"/> Ano	Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ne
Použitá vakcína: <input type="text"/>	