

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)

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

\* *povinné*

*Vyplňujte čitelně.*