

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ NA CHŘIPKOVÉ VIRY

Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Centrum klinických laboratoří

Tel.: 596 200 111

Jméno:			Poj.:			Místo odběru:			
Rodné č.:			muž – žena			Odbornost:		Lékař:	
Bydliště:						Adresa:			
Datum začátku akut. onemocnění:						Telefon:		IČZ:	
Příznaky	ano/ne	dnů	Příznaky:	ano/ne	dnů	Předchozí onemocnění (počátek, příznaky):			
teplota			lymphadenitis			Očkování proti chřipce před aktuální sezónou: ANO – NE Název vakcíny:			
kolik °C			konjunktivitis						
malátnost			tracheitis						
rýma			bronchitis						
kašel			exanthem						
dušnost			enanthem						
bolest hlavy			jiné:						
bolest na hrudi									
bolest břicha									
bolest svalové									
ztuhlost šije			Léčba (čím + od kdy):			Materiál	Poznámka	Datum odběru	Výsledek
zvracení						Výtěr I			
průjem			ATB			Výtěr II			
tonsilitis						Výtěr III			
klinická dg.:			Antivirotika			Krev I			
						Krev II			
			Hospitalizace od:			Krev III			
						Aspirát			
						Etiolog. dg.:			
Cestovní anamnéza:									