

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ NA CHŘÍPKOVÉ 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:				
Příznaky			ano/ne			dnů			Předchozí onemocnění (počátek, příznaky):	
teplota									Očkování proti chřipce před aktuální sezónou: ANO – NE Název vakcíny:	
kolik °C										
malátnost										
rýma										
kašel										
dušnost										
bolest hlavy										
bolest na hrudi										
bolest břicha										
bolest svalové										
ztuhlost šíje									Materiál	
zvracení									Výtěr I	
průjem									Výtěr II	
tonsillitis									Výtěr III	
klinická dg.:									Krev I	
									Krev II	
									Krev III	
									Aspirát	
									Etiolog. dg.:	
Cestovní anamnéza:										