



**Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě**  
Národní referenční laboratoř pro arboviry  
Partyzánské náměstí 2633/7,  
Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava,  
tel.: 596 200 310, hana.zelena@zuova.cz

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

## Žádanka na vyšetření nákazy virem Zika

### Údaje pacienta (možno nalepit štítek):

Příjmení a jméno pacienta: .....

Datum narození: \_\_\_\_\_  Muž /  Žena

Bydliště:

Číslo pojištěnce: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Kód pojišťovny: \_\_\_\_\_

Kód diagnózy: \_\_\_\_\_ Gravidita:  ne  ano týden: \_\_\_\_\_

Čas odběru (hh:mm): \_\_\_\_:\_\_\_\_ Datum odběru (dd:mm:rr): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

### Specifikace vzorku:

srážlivá krev  sérum  nesrážlivá krev (EDTA)  moč

jiný (specifikovat): .....

### Klinické projevy

Datum prvních příznaků: .....

Febrilie: ..... °C  ano  ne počet dnů: .....

Exantém:  ano  ne počet dnů: .....

Artralgie:  ano  ne počet dnů: .....

Konjunktivitida:  ano  ne počet dnů: .....

### Cestovatelská anamnéza

Pobyt v místě se známým výskytem horečky Zika:

ano  ne (stát, termín)

.....

Pobyt jinde v tropech nebo subtropích:

ano  ne (stát, termín)

.....

.....

### Informace o očkování (datum poslední dávky vakcíny)

Klíšková encefalitida:  ano  ne kdy: .....

Žlutá zimnice:  ano  ne kdy: .....

Japonská encefalitida:  ano  ne kdy: .....

### Informace o prodělaných flavivirových infekcích:

Klíšková encefalitida:  ano  ne kdy: .....

Horečka dengue:  ano  ne kdy: .....

Jiná – specifikovat:  ano  ne kdy: .....

.....

### Požadované vyšetření:

Zika virus PCR – průkaz RNA

Anti-Zika v. protilátky IgG, IgM, VNT

### Údaje o žadateli vyšetření:

IČZ/IČP:

Odbornost:

Telefon:

Razítko s adresou a podpis lékaře: