



Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě
Centrum klinických laboratoří
Telefon: 596 200 111
www.zuova.cz

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ NA RESPIRAČNÍ VIRY

☐ Influenza A,B ☐ SARS-CoV-2 ☐ RSV A,B ☐ Jiné:

Jméno:	Příjmení:
Rodné číslo:	Pojišťovna:
Resortní identifikátor pacienta	
Datum narození:	☐ muž/ ☐ žena
Telefon:	Státní příslušnost:
Bydliště:	

Lékař:	
IČZ:	Odbornost:
Adresa:	
Telefon:	Místo odběru:
Předchozí onemocnění (počátek, příznaky):	
Očkování proti chřipce před aktuální sezónou:	☐ ANO/ ☐ NE
Název vakcíny:	

Datum začátku akutního onemocnění:

Klinická dg.:

Léčba (čím + od kdy):

ATB:

Antivirotika:

Hospitalizace od:

☐ teplota °C ☐ zvracení dnů

☐ malátnost dnů ☐ průjem dnů

☐ rýma dnů ☐ tonsilitis dnů

☐ kašel dnů ☐ lymphadenitis... dnů

☐ dušnost dnů ☐ konjunktivitis..... dnů

☐ bolest hlavy dnů ☐ tracheitis..... dnů

☐ bolest na hrudi ... dnů ☐ bronchitis dnů

☐ bolest břicha dnů ☐ exanthem dnů

☐ bolest svalů dnů ☐ enanthem dnů

☐ ztuhlost šije dnů

☐ jiné:

Materiál	Poznámka	Datum odběru	Výsledek
Výtěr I			
Výtěr II			
Výtěr III			
Krev I			
Krev II			
Krev III			
Aspirát			

Etiolog. dg.:

Cestovní anamnéza: