



Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě
Národní referenční laboratoř pro arboviry
Partyzánské nám. 7, 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:

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)

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)

Klíšťová encefalitida: ano ne kdy:

Žlutá zimnice: ano ne kdy:

Japonská encefalitida: ano ne kdy:

Informace o prodělaných flavivirových infekcích:

Klíšťová 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

Údaje o žadateli vyšetření:

IČZ/IČP:

Odbornost:

Telefon:

Razítko s adresou a podpis lékaře: