

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE SARS-CoV-2 (COVID-19)

Priezvisko			
Meno			
Bydlisko			
Číslo poistenca/ rodné číslo			
Poistovňa		Pohlavie	☐ Muž ☐ Žena
Diagnóza		Zamestnanec AGEL SK a.s.	☐ Áno
Telefónne číslo			

Miesto a adresa odberového miesta (pečiatka ZZ) Lekár Telefón	
---	--

MATERIÁL

Materiál	Dátum odberu	Poznámka
Výter I		
Výter II		
Aspirát/BAL		
Sputum		

ANAMNÉZA

Príznaky	Áno	Dní	Iné príznaky/poznámka
teplota/ °C			
malátnosť			
nádcha			
kašeľ			obezita ☐ áno ☐ nie ☐
dýchavičnosť			podpora dýchania ☐ áno ☐ nie ☐
bolesť hlavy			ECMO ☐ áno ☐ nie ☐
bolesť na hrudi			tehotenstvo ☐ áno ☐ nie ☐
bolesť brucha			ak áno, trimester:
zvracanie			očkovanie proti chrípke pred aktuálnou sezónou ☐ áno ☐ nie ☐
hnačka			
konsilitis			názov vakcíny
konjunktivitis			
tracheitis			
bronchitis			
exanthem			

Cestovná anamnéza:

áno ☐

Krajina

nie ☐

Dátum návratu

Kontakt s laboratórne potvrdeným prípadom v posledných 14 dňoch:

áno ☐

nie ☐

Liečba (druh, od kedy):

ATB	áno ☐	nie ☐	od:
Antivirotiká	áno ☐	nie ☐	od:
ACE inhibítory	áno ☐	nie ☐	od:
Antagonisti receptora AT II	áno ☐	nie ☐	od:
Anti-reumatiká	áno ☐	nie ☐	od:
Hospitalizácia	áno ☐	nie ☐	od:

Poznámky: