

**Podklady k žádance na Antigenní test
na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2**

Žádanka pro:

Jméno

Příjmení

Číslo pojištění/rodné číslo

Státní příslušnost

Zdravotní pojišťovna

Údaje o pobytu:

Ulice a č.p.

Město

PSČ

Kontaktní údaje na pacienta:

Telefon:

E-mail

Povolání – kolektiv:

Symptomy:

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kašel | <input type="checkbox"/> Bolest svalů, kloubů, zimnice | <input type="checkbox"/> Průjem, zvracení | <input type="checkbox"/> Teplota |
| <input type="checkbox"/> Ztráta chuti čichu | <input type="checkbox"/> Jiné | <input type="checkbox"/> Žádné | |

Klinicky závažný stav: ANO / NE /NEUVEDENO

Indikace

- ☐ Diagnostická (Vyšetření je indikováno na základě klinického stavu.)
- ☐ Kontrolní (Vyšetření u pacienta dříve diagnostikovaného pro potvrzení předchozího vyšetření nebo zjištění přetrvávání onemocnění.)
- ☐ Preventivní (Provedení vyšetření z důvodu prevence zjištění přítomnosti onemocnění v bezpříznakové fázi bez klinického nebo epidemiologického podezření nebo v rámci populačního screeningu.)
- ☐ Epidemiologická (pobyt v rizikové oblasti, karanténa – pacient v kontaktu s onemocněním.)