

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ: 00064165, tel. 224 961 111

Dotazník pro vyšetřování tkáňových helmintóz

Ústav imunologie a mikrobiologie

Národní referenční laboratoř pro tkáňové helmintózy,

Studničkova 2028/7, 128 00 Praha 2

**Formulář
F-UIM-026**

Strana 1 z 2

Verze číslo: 3

DOTAZNÍK PRO VYŠETŘOVÁNÍ TKÁŇOVÝCH HELMINTÓZ

NRL pro tkáňové helmintózy VFN a 1. LF UK, Studničkova 7, 128 00 Praha 2

Tel: 224 968 589, e-mail: parazit@vfn.cz

PROSÍME, VHODNÉ ÚDAJE ZAŠKRTNOUT, PŘÍPADNĚ DOPLNIT.**PACIENT**

Jméno a příjmení	Rodné číslo:	Pojišťovna:	Diagnóza (kód):
	Datum narození:	Pohlaví:	Druh prim. vzorku:
Bydliště:	Zaměstnání:	Profese (zemědělec, biolog, apod.)	
Celkový dřívější zdravotní stav (ev. výsledky dřívějších parazitologických vyšetření):			
Začátek současného onemocnění (datum, příznaky):			
U žen: gravidita (zaškrtněte): ANO NE Měsíc:			

VÝSLEDKY PŘEDCHOZÍCH VYŠETŘENÍ

Teploty:	Mentální stav pacienta:
Lymfatické uzliny:	Eosinofilie (%):
Střevní poruchy (př. průjmy, zácpy):	Leukocyty (počet):
Urogenitální symptomy (např. hematurie, zvýšená krvácivost, nepravidelná menstruace, apod.):	Gamaglobuliny:
Bronchitida:	Anémie:
Hepatosplenomegalie:	Výsledky zobrazovacích metod (detekce cyst, jejich charakter a lokalizace):
Příznaky CNS:	
Poruchy vizu:	
Kožní projevy (např. urtikária, pruritus, podkožné noduly (bolestivost, zda-li jsou pohyblivé či fixní))	

TISKNĚTE OBOUSTRANNĚ!

Myalgie:	Jiné:
Dosavadní terapie (lék a dávkování, celková doba podávání):	

ANAMESTICKÉ ÚDAJE

Byla u pacienta již v minulosti diagnostikována nákaza helminty? Pokud ano - kdy a jakými	
Pobyt v zahraničí (zaškrtněte)?	ANO NE
Pokud ano: kde: kdy a jak dlouho:	
Ochutnávání či požívání nedostatečně tepelně zpracovaných masných výrobků (karbanátky, sekaná, játra, tatarské bifteky, klobásy, rybí saláty, apod.?)	ANO NE
Pití nápojů připravených z vody nejasného původu?	ANO NE
Pokud ano kde:	
Úzký kontakt s hlínou, pískem apod.:	ANO NE
Kontakt se zvířaty:	ANO NE
Způsob (chovatel domácích zvířat, myslivec, veterinární lékař, nebo jen turista náhodně pokousaný apod.):	
Pobodání členovci	ANO NE
Pokud ano, kde:	
Pobyt v přírodních sladkovodních vodách (plavání, brodění se, ale také např. sprchování v zařízeních, do kterých je voda přiváděna z přírodního zdroje apod.)	ANO NE
Pokud ano: kde: kdy a jak dlouho:	

Datum a čas odběru:

Jméno odesílajícího lékaře:
IČP a odbornost:

Příjem vzorku Datum a čas: Podpis:

TISKNĚTE OBOUSTRANNĚ!