



ÚDAJE O PACIENTOVI					
Meno		Priezvisko			
Bydlisko				PSČ	
RČ		Poist'ovňa			
ORDINUJÚCE PRACOVISKO					
Názov					
Adresa:				PSČ	
E-mail:				Tel.:	
ANAMNÉZA					
Dátum požitia húb		Čas požitia húb		Prvé príznaky po koľkých hodinách ?	
Príznaky – zakrúžkovať					
vracanie	bolesti brucha	hnačka	slabosť	závrate	halucinácie
poruchy videnia	agitovanosť	porucha vedomia	konvulzie	suchosť v ústach	slinenie
brušná kolika	krv v stolici	Iné – vypísať:			
Mykológia					
Druh húb udávaný pacientom					
Spôsob úpravy			Huby jedol aj niekto iný?		
Zmes húb – zakrúžkovať	ÁNO	NIE	Opakované požitie - zakrúžkovať	ÁNO	NIE
Zostatky nepoužitých húb - zakrúžkovať	ÁNO	NIE	Zostatky jedla - zakrúžkovať	ÁNO	NIE
Zjedené čerstvé - zakrúžkovať	ÁNO	NIE	Ak NIE, prihrievané po koľkých hodinách ?		
Poslané na mykologické vyšetrenie	ÁNO	NIE	Ak ÁNO, kde ?		
<b>Odber moču</b>	Dátum		Hodina		
<b>Odber krvi</b>	Dátum		Hodina		
<b>Terapia:</b>					
<b>Terajší klinický stav – popis:</b>					

.....  
podpis a pečiatka odosielajúceho lekára

**Odoslať na adresu:**

Skriningové centrum novorodencov SR  
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou B. Bystrica  
Nám. L. Svobodu 4  
974 09 Banská Bystrica

Tel./fax: 048 - 472 65 47, 0918 696 968  
e-mail: scn@dfnbb.sk