



ÚDAJE O PACIENTOVI					
Meno		Priezvisko			
Bydlisko			PSČ		
RČ		Poistovňa		DRG	
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?			
Požitie alkoholu (možný pozitívny efekt):	<input type="checkbox"/> áno		<input type="checkbox"/> nie		
Ak áno, označte kedy:	<input type="checkbox"/> pred		<input type="checkbox"/> počas		<input type="checkbox"/> po požití húb
Odber moču	dátum		hodina		
Odber krvi	dátum		hodina		
Terapia:					
Terajší klinický stav – popis:					

.....
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 - 3265 802, 0918 696 968
e-mail: scn@dfnbb.sk