MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ŽÁDANKA O LÉČEBNÉ PODÁNÍ MONOKLONÁLNÍCH PROTILÁTEK PROTI SARS - CoV-2

Identifikace pracoviště _____

Indikující lékař

Jméno, příjmení, titul: _____

Telefon _____ Email _____ IČP _____

Pacient

☐ Ambulantní ☐ Hospitalizovaný z jiného důvodu než Covid-19

Jméno, příjmení, titul: _____

Číslo pojištěnce |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Zdrav. pojišťovna |_|_|

Pacient je SARS-CoV-2 pozitivní? ☐ Ano ☐ Ne Délka příznaků Covid-19 je 10 dní a méně? ☐ Ano ☐ Ne

Pacient splňuje alespoň jedno z následujících indikačních kritérií (podrobněji viz Mimořádné opatření MZ):

- ☐ obezita (BMI ≥ 35 kg/m2)
- ☐ chronické onemocnění ledvin
- ☐ chronické onemocnění jater
- ☐ diabetes mellitus
- ☐ těžká porucha imunity
- ☐ imunosupresivní léčba
- ☐ závažné onemocnění plic
- ☐ plicní hypertenze v dispenzární péči
- ☐ onkologické nebo hemato-onkologické onemocnění s aktuálně probíhající léčbou
- ☐ trombofilní stav v dispenzární péči
- ☐ nervosvalové onemocnění
- ☐ stav po transplantaci solidního orgánu nebo kostní dřeně
- ☐ věk > 65 let
- ☐ věk > 55 let a současně kardiovaskulární onemocnění, ateriální hypertenze nebo závažné onemocnění plic
- ☐ věk 12 - 17 let a jedno z kritérií uvedených v Mimořádném opatření MZ

Datum indikace |_|_|_|_|_|_|_|_|

Verze 3.0

Razítko a podpis lékaře