



Žiadanka na podanie monoklonálnych protilátok NsP Ilava n.o.

Meno a Priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Bydlisko:

Telefónne číslo:

Dátum zistenia pozitivity SARS nCOV-2 RT PCR

Dôvod indikácie na liečbu monoklonálnymi protilátkami (zaškrtnúť):

<input type="checkbox"/> Vek nad 65 rokov
<input type="checkbox"/> Obezita s BMI viac ako 35
<input type="checkbox"/> Chronické renálne zlyhanie (CKD G3-G5) (vrátane hemodialýzy a nefrotického syndrómu)
<input type="checkbox"/> Chronické srdcovocievne ochorenie v štádiu srdcového zlyhávania alebo s významnou kardiálnou dekompenzáciou v minulosti. Pacienti s arteriálnou hypertenziou v štádiu pokročilých orgánových komplikácií
<input type="checkbox"/> chronickým ochorením pečene v štádiu cirhózy alebo pokročilej fibrózy a prejavmi hepatálnej insuficiencie
<input type="checkbox"/> pacienti s chronickým ochorením pľúc s chronickou respiračnou insuficienciou a s exacerbáciami vyžadujúcimi hospitalizáciu v minulosti
<input type="checkbox"/> s cukrovkou 1. alebo 2. typu s pokročilými chronickými komplikáciami,
<input type="checkbox"/> ťažkou formou Parkinsonovej choroby a inými neurologickými ochoreniami s rizikom respiračného zlyhania pri ochorení COVID-19
<input type="checkbox"/> imunokompromitovaní pacienti so závažnou poruchou imunity na základe rozhodnutia lekára. Medzi pacientov s rôznymi druhmi klinicky významných porúch imunitných mechanizmov patria napr. pacienti s Downovým syndrómom a obezitou alebo inou vrodenuou chybou asociovanou s Downovým syndrómom, pacienti na aktívnej hematooonkologickej liečbe a po orgánových transplantáciách, alebo po transplantáciách krvotvorných buniek, pacienti so zle kontrolovanou infekciou HIV alebo na imunosupresívnej liečbe.
<input type="checkbox"/> iné (uviesť konkrétnu dg.)

Vakcinácia: Názov vakcíny:

dátum podania:

počet dávok:

Potvrdzujem, že pacient (nehodiace zaškrtnúť):

A) Nemá klinické prejavy ochorenia

B) Má mierny alebo stredne závažný priebeh nevyžadujúci hospitalizáciu. Uveďte počet dní od prvých príznakov ochorenia:

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára

Objednaný na aplikáciu monoklonálnych protilátok v NsP Ilava n.o.

Deňa hodiny: -----