

LABORATOŘ PREVENCE VIROVÝCH NÁKAZ

ÚHKT, U Nemocnice 1, 128 20 Praha 2, budova A, 1. poschodí, tel.: 221 977 210

Vedoucí: RNDr. Ivana Turňová, e-mail laboratoře: ivana.turnova@uhkt.cz

Žádanka o vyšetření

ZADAVATEL

IČZ

odbornost

oddělení

telefon

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

KLIENT

pohlaví

MUŽ

ŽENA

příjmení, jméno, titul

kód pojišťovny

datum, čas odběru

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

číslo pojištění

datum narození

diagnóza

| |
|--|
| |
| |
| |

PRIMÁRNÍ VZOREK

plná krev srážlivá

plná krev nesrážlivá (EDTA, citrát, heparin, ACD)

sérum zmražené (-20°C)

razítko (podpis) požadujícího

POŽADOVÁNO

A. základní vyšetření

HIV Ag – Ab

HBsAg

anti-HCV

anti-*Treponema pallidum*

B. doplňková vyšetření

anti-HBs

anti-HBc

anti-HBe

HBeAg

anti-CMV IgG

přijato (datum, čas)

převzal, přezkoumal (jméno, podpis)

Stanovení HCV c antigenu se provádí výhradně u dárců aferetických odběrů a klientů/pacientů aferetického oddělení. V případě, že klient/pacient splní kritéria nastavená v rozhodovacích pravidlech, bude provedeno dotestování metodou HCV c Ag.