

LABORATOŘ PREVENCE VIROVÝCH NÁKAZ

ÚHKT, U Nemocnice 1/2094, 128 20 Praha 2, budova B, 3. 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

příjmení, jméno, titul

kód pojišťovny

datum, čas odběru

 MUŽ ŽENA

číslo pojištění

datum narození

diagnóza

| | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MUŽ | <input type="checkbox"/> ŽENA |
| | |
| | |
| | |

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

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-HBc
 anti-HBs
 anti-CMV IgG

přijato (datum, čas)

převzal, přezkoumal (jméno, podpis)