

LABORATOŘ PREVENCE VIROVÝCH NÁKAZ

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

Vedoucí: RNDr. Eva Hamšíková, e-mail laboratoře: eva.hamsikova@uhkt.cz

Žádanka o vyšetření

ZADAVATEL

IČZ	<input type="text"/>
odbornost	<input type="text"/>
oddělení	<input type="text"/>
telefon	<input type="text"/>

KLIENT

příjmení, jméno, titul	<input type="text"/>	číslo pojištěnce	<input type="text"/>
kód pojišťovny	<input type="text"/>	diagnóza	<input type="text"/>
datum, čas odběru	<input type="text"/>		

PRIMÁRNÍ VZOREK

- plná krev srážlivá
 plná krev nesrážlivá (EDTA, citrát, heparin, ACD)
 sérum zmražené (-20°C)

razítko (podpis) požadujícího

POŽADOVÁNO

- | | |
|--|--------------------------------|
| A. základní vyšetření | B. doplňková vyšetření |
| <input type="checkbox"/> HIV Ag–Ab | <input type="checkbox"/> HBsAb |
| <input type="checkbox"/> HBsAg | <input type="checkbox"/> HBcAb |
| <input type="checkbox"/> HCV Ag–Ab | <input type="checkbox"/> HBeAb |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Treponema pallidum</i> | <input type="checkbox"/> HBeAg |

přijato (datum, čas)

převzal, přezkoumal (jméno, podpis)