

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	
odbornost	
oddělení	
telefon	

KLIENT

pohlaví	<input type="checkbox"/> MUŽ	<input type="checkbox"/> ŽENA	číslo pojištěnce	
příjmení, jméno, titul			datum narození	
kód pojišťovny			diagnóza	
datum, čas odběru				

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"/> HBeAb |
| <input type="checkbox"/> HCV Ag–Ab | <input type="checkbox"/> HBeAg |
| <input type="checkbox"/> anti– <i>Treponema pallidum</i> | <input type="checkbox"/> anti-CMV |

přijato (datum, čas)

převzal, přezkoumal (jméno, podpis)