

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.