

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-HBc
 anti-HBs
 anti-CMV IgG

přijato (datum, čas)

převzal, přezkoumal (jméno, podpis)