LABORATOŘ PREVENCE VIROVÝCH NÁKAZ

ÚHKT, U Nemocnice 1/2094, 128 00 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	◻ MUŽ ◻ ŽENA		
příjmení, jméno, titul		číslo pojištěnce	
kód pojišťovny		datum narození	
datum, čas odběru		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)