

ŽÁDANKA O SEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození) Příjmení, jméno: Pohlaví: ☐ MUŽ ☐ ŽENA Urgentnost: Kód pojišťovny: Diagnóza: Umístění pacienta:	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku Razítko a podpis: Datum a čas odběru : (odebral): Druh primárního vzorku: srážlivá krev Odběr ze žíly.
--	---

VYŠETŘENÍ:

	Anti-HAV IgM
	Anti-HAV total

	Anti-HCV
--	----------

	Anti-HIV 1,2
	Syphilis/ RPR

	HBsAg
	HBeAg
	Anti-HBs
	Anti-HBc total
	Anti-HBc IgM
	Anti-HBe

	Borrelia IgM/ IgG ELISA ¹
	¹ dle pozitivita konfirmace
	Borrelia IgM/ IgG WB

POZNÁMKY:

ŽÁDANKA O SEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození) Příjmení, jméno: Pohlaví: ☐ MUŽ ☐ ŽENA Urgentnost: Kód pojišťovny: Diagnóza: Umístění pacienta:	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku Razítko a podpis: Datum a čas odběru : (odebral): Druh primárního vzorku: srážlivá krev Odběr ze žíly.
--	---

VYŠETŘENÍ:

	Anti-HAV IgM
	Anti-HAV total

	Anti-HCV
--	----------

	Anti-HIV 1,2
	Syphilis/ RPR

	HBsAg
	HBeAg
	Anti-HBs
	Anti-HBc total
	Anti-HBc IgM
	Anti-HBe

	Borrelia IgM/ IgG ELISA ¹
	¹ dle pozitivita konfirmace
	Borrelia IgM/ IgG WB

POZNÁMKY: