

Žádanka o vyšetření infekčních markerů

Pacient (nalepit štítek nebo vypsát)		Pohlaví: M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Razítko oddělení (adresa, IČP, odbornost, nákladové středisko)
Příjmení:			
Jméno:			
Rodné číslo:			
Pojišťovna:	Diagnóza:		
Infekční vzorek: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Datum narození: (jen cizí státní příslušník)		
Požadovaná vyšetření (metoda)			
<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ab (CMIA)		<input type="checkbox"/> anti-HCV (CMIA)	
<input type="checkbox"/> HBsAg (CMIA)		<input type="checkbox"/> syfilis (CMIA)	
Druh primárního vzorku - krev (7-10 ml, u dětí 2–3 ml):		<input type="checkbox"/> srážlivá <input type="checkbox"/> nesrážlivá (EDTA)	
Urgentnost vyšetření:		<input type="checkbox"/> rutinní <input type="checkbox"/> statim	
Krevní vzorek odebral: (razítko, podpis)		Lékař: (razítko, IČL, podpis)	
Datum a čas odběru vzorku:		Datum:	
Vyplní laboratoř:		Razítko a podpis pracovníka laboratoře:	
Datum a čas příjmu vzorku:			

Žádanka o vyšetření infekčních markerů

Pacient (nalepit štítek nebo vypsát)		Pohlaví: M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Razítko oddělení (adresa, IČP, odbornost, nákladové středisko)
Příjmení:			
Jméno:			
Rodné číslo:			
Pojišťovna:	Diagnóza:		
Infekční vzorek: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Datum narození: (jen cizí státní příslušník)		
Požadovaná vyšetření (metoda)			
<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ab (CMIA)		<input type="checkbox"/> anti-HCV (CMIA)	
<input type="checkbox"/> HBsAg (CMIA)		<input type="checkbox"/> syfilis (CMIA)	
Druh primárního vzorku - krev (7-10 ml, u dětí 2–3 ml):		<input type="checkbox"/> srážlivá <input type="checkbox"/> nesrážlivá (EDTA)	
Urgentnost vyšetření:		<input type="checkbox"/> rutinní <input type="checkbox"/> statim	
Krevní vzorek odebral: (razítko, podpis)		Lékař: (razítko, IČL, podpis)	
Datum a čas odběru vzorku:		Datum:	
Vyplní laboratoř:		Razítko a podpis pracovníka laboratoře:	
Datum a čas příjmu vzorku:			