 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD IČO: 00179540	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod
	Úsek PCR tel. 569 472 377
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR	

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví: **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru: **Čas odběru:**

ATB terapie: **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

Požadované vyšetření cílené:

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- Respirační panel** (SARS-CoV-2, virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus)
- Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Bordetella holmesii*
- Chlamydomphila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila*
- Mycobacterium tuberculosis* complex – semikvantitativně
- Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- virus hepatitidy B – kvantitativně
- virus hepatitidy C – kvantitativně
- lidský papillomavirus (HPV) – vysoké, střední a nízké riziko
- Sexuálně přenosné infekce** (*Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Candida albicans, Gardnerella vaginalis, HSV1 a HSV2*)

Doplňující sdělení k odběru vzorků:


Odesílatel:

razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL_FRM_45

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD IČO: 00179540	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod
	Úsek PCR tel. 569 472 377
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR	

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví: **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru: **Čas odběru:**

ATB terapie: **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

Požadované vyšetření cílené:

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- Respirační panel** (SARS-CoV-2, virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus)
- Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Bordetella holmesii*
- Chlamydomphila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila*
- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- virus hepatitidy B – kvantitativně
- virus hepatitidy C – kvantitativně
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké, střední a nízké riziko
- Sexuálně přenosné infekce** (*Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Candida albicans, Gardnerella vaginalis, HSV1 a HSV2*)

Doplňující sdělení k odběru vzorků:


Odesílatel:

razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL_FRM_45

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD IČO: 00179540	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod
	Úsek PCR tel. 569 472 377
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR	

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví: **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru: **Čas odběru:**

ATB terapie: **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

Požadované vyšetření cílené:

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- Respirační panel** (SARS-CoV-2, virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus)
- Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Bordetella holmesii*
- Chlamydomphila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila*
- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- virus hepatitidy B – kvantitativně
- virus hepatitidy C – kvantitativně
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké, střední a nízké riziko
- Sexuálně přenosné infekce** (*Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Candida albicans, Gardnerella vaginalis, HSV1 a HSV2*)

Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL_FRM_45