

## ŽÁDANKA NA SÉROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Příjmení, jméno, titul

Pohlaví

Lékař - podpis, razítko, adresa, IČZ/ IČP

		<input type="checkbox"/> Muž	<input type="checkbox"/> Žena
--	--	------------------------------	-------------------------------

Rodné číslo (číslo pojištění) Datum narození Diagnóza Kód ZP

--	--	--	--

Antibiotická terapie Datum odběru Čas odběru

--	--	--

Umístění pacienta a kontaktní telefon

Samoplátce

		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
--	--	------------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>SÉRUM (SRÁŽLIVÁ KREV)</b>
--------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>MOZKOMÍŠNÍ MOK</b>
--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitida A (celý panel)</b>
<input type="checkbox"/>	HAV IgM
<input type="checkbox"/>	HAV IgG

<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitida B (celý panel)</b>
<input type="checkbox"/>	HBsAg
<input type="checkbox"/>	anti-HBc total
<input type="checkbox"/>	anti-HBs (i po očkování)
<input type="checkbox"/>	anti-HBc IgM
<input type="checkbox"/>	HBeAg
<input type="checkbox"/>	anti-HBe

<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitida C (anti-HCV)</b>
--------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>HIV 1+2 (Ag/protilátka)</b>
--------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Syfilis (RPR, anti-syf. IgM a IgG)</b>
--------------------------	-------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Revmatologické vyšetření: Anti-CCP IgG</b>
--------------------------	-----------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Lymeská borelióza</b>
<input type="checkbox"/>	anti-Borrelia IgM+IgG (v případě positivity-konfirmační vyš)
<input type="checkbox"/>	Western Blot (konfirmační vyšetření) IgM a IgG

<input type="checkbox"/>	<b>Klíšťová encefalitis (TBE IgM a IgG)</b>
--------------------------	---------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>CMV (anti-CMV IgM a IgG, ev. avidita IgG)</b>
--------------------------	--------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Epstein-Barrové virus = EBV (anti-VCA IgM+IgG, EA IgG, EBNA IgG)</b>
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Paul - Bunnell</b>
--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Spalničky (morbilli)-protilátky IgG</b>
--------------------------	--------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Toxoplasmóza (KFR,IgM+IgG,ev. avidita IgG) v případě positivity + IgA + IgE</b>
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Tularémie</b>
--------------------------	------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Listerióza</b>
--------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Mycoplasma pneumonie (anti-IgM, anti-IgG)</b>
--------------------------	------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Chlamydia pneumoniae, trachomatis, psittacii (Imunoblot IgA a IgG)</b>
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	<b>Hladina ATB v séru - vankomycin</b>
<input type="checkbox"/>	před podáním
<input type="checkbox"/>	po podání

Datum přijetí:	Čas přijetí:	Přijal:	Štítkoval:
Laboratorní číslo (záznamy OLM)			