

Žádanka o vyšetření PANELU HEPATITID

OKB TN

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4
pav. H, 2. p., ☎: 3525



Příjmení:		Oddělení:	
Jméno:		Jméno lékaře:	
Rodné číslo:		Číslo lékaře (IČZ):	
Dg:			
Přidružená dg:		☎:	
Pojišťovna:		Samoplátce: ano/ne	
Datum:		Odbornost:	
Čas odběru:		Čas odeslání vzorku:	

Požadovaná vyšetření (zaškrtněte)

Virová hepatitis B

	261	S-HBsAg
	262	S-anti-HBs
	226	S-anti-HBc total
	227	S-anti-HBc IgM
	228	S-HBeAg
	229	S-anti-HBe

Virová hepatitis A

	230	P-anti-HAV total
	231	P-anti-HAV IgM

Virová hepatitis C

	232	S-anti-HCV
--	-----	------------

Datum:

:

Podpis, razítko