

# ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ INFEKČNÍCH MARKERŮ

## Transfuzní oddělení FTNsP

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4  
pav. B2, tel.: 261 08 3130 (3310)



Možnost nalepení identifikačního štítku

Příjmení:		Žadatel
Jméno:		Jméno lékaře
Rodné číslo:		IČZ
Dg:		Odbornost
Pojišťovna:	Samoplátce ano/ne	Telefon:
Datum:		Podpis:

Lab. číslo:

Odesláno:

### Požadovaná vyšetření (zaškrtněte):

<b>celý panel infekčních markerů</b>	<input type="checkbox"/>	HIV (protilátky + antigen)
<b>Celý panel infekčních markerů</b> (HIV Ab-Ag, HBsAg, anti HBc, HCV Ab-Ag, syfilis)	<input type="checkbox"/>	HBsAg
	<input type="checkbox"/>	antiHBc (protilátka)
	<input type="checkbox"/>	HCV (protilátky + antigen)
	<input type="checkbox"/>	syfilis (protilátky)

# ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ INFEKČNÍCH MARKERŮ

## Transfuzní oddělení FTNsP

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4  
pav. B2, tel.: 261 08 3130 (3310)



Možnost nalepení identifikačního štítku

Příjmení:		Žadatel
Jméno:		Jméno lékaře
Rodné číslo:		IČZ
Dg:		Odbornost
Pojišťovna:	Samoplátce ano/ne:	Telefon:
Datum:		Podpis:

Lab. číslo:

Odesláno:

### Požadovaná vyšetření (zaškrtněte):

<b>celý panel infekčních markerů</b>	<input type="checkbox"/>	HIV (protilátky + antigen)
<b>Celý panel infekčních markerů</b> (HIV Ab-Ag, HBsAg, anti HBc, HCV Ab-Ag, syfilis)	<input type="checkbox"/>	HBsAg
	<input type="checkbox"/>	antiHBc (protilátka)
	<input type="checkbox"/>	HCV (protilátky + antigen)
	<input type="checkbox"/>	syfilis (protilátky)

VYŠETŘENÍ PROVEDENO Z DODANÉHO VZORKU KRVE

VYŠETŘENÍ PROVEDENO Z DODANÉHO VZORKU KRVE