

ŽÁDANKA VYŠETŘENÍ NA SARS-CoV-2



Příjmení

Jméno

Bydliště

Telefon

E-mail

Číslo pojištění

Pojišťovna Pohlaví Muž Žena

DG

Datum začátku akut. onemocnění

Místo a adresa odběrového místa (razítko ZZ)
Lékař
IČZ
Telefon

Objednání na PCR vyšetření na tel. 800 700 701.

Vzor jak vyplňovat



Přímý průkaz nukleové kyseliny SARS-CoV-2 (RT-PCR)	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Stěr z nosohltanu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Odběr ze slin	<input type="text"/>
Rychlý antigenní test SARS-CoV-2	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Stěr z nosohltanu	<input type="text"/>
Stanovení buněčné imunity T.SPOT.SARS-CoV-2	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Venózní nesrážlivá krev / heparin (8 ml krve)	<input type="text"/>
Stanovení nukleokapsidového antigenu SARS-CoV-2 v séru	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Venózní srážlivá krev / sérum	<input type="text"/>

■ Vyšetření provádí Laboratoř klinické imunologie a alergologie, Laboratoře AGEL, a.s., Nový Jičín

Sérologické vyšetření protilátek – srážlivá krev	Datum odběru
<input type="checkbox"/> IgG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IgM	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IgA	<input type="text"/>

Poznámka: V případě zájmu o dva různé typy vyšetření je nutné vystavit samostatnou žádanku na každé vyšetření a transportovat zvlášť stěr / sérum a zvlášť srážlivou krev.

Důležité epid. souvislosti / cestovní anamnéza:

Poznámky:

verze 6/5/21

ŽÁDANKA VYŠETŘENÍ NA SARS-CoV-2



Příjmení

Jméno

Bydliště

Telefon

E-mail

Číslo pojištění

Pojišťovna Pohlaví Muž Žena

DG

Datum začátku akut. onemocnění

Místo a adresa odběrového místa (razítko ZZ)
Lékař
IČZ
Telefon

Objednání na PCR vyšetření na tel. 800 700 701.

Vzor jak vyplňovat



Přímý průkaz nukleové kyseliny SARS-CoV-2 (RT-PCR)	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Stěr z nosohltanu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Odběr ze slin	<input type="text"/>
Rychlý antigenní test SARS-CoV-2	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Stěr z nosohltanu	<input type="text"/>
Stanovení buněčné imunity T.SPOT.SARS-CoV-2	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Venózní nesrážlivá krev / heparin (8 ml krve)	<input type="text"/>
Stanovení nukleokapsidového antigenu SARS-CoV-2 v séru	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Venózní srážlivá krev / sérum	<input type="text"/>

■ Vyšetření provádí Laboratoř klinické imunologie a alergologie, Laboratoře AGEL, a.s., Nový Jičín

Sérologické vyšetření protilátek – srážlivá krev	Datum odběru
<input type="checkbox"/> IgG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IgM	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IgA	<input type="text"/>

Poznámka: V případě zájmu o dva různé typy vyšetření je nutné vystavit samostatnou žádanku na každé vyšetření a transportovat zvlášť stěr / sérum a zvlášť srážlivou krev.

Důležité epid. souvislosti / cestovní anamnéza:

Poznámky:

verze 6/5/21