

PACIENT:
ŽADATEL:

Jméno a příjmení:		Razítko lékaře, telefon, IČP:		
Rodné číslo (datum narození):				
Adresa:		Kód pojišťovny:	Kód Dg.:	Vedlejší Dg.:
Datum a čas odběru **	** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	Datum a čas příjmu:		Údaje laboratoře:
DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi, pohlaví pokud není zřejmé ze jména, antimikrobní léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.)				

Stanovení protilátek – srážlivá krev / likvor (*)
HEPATITIDY
HAV

- anti IgM
 TOTAL

HBV

- HBsAg
 anti HBs
 anti HBc IgM
 anti HBc TOTAL
 HBeAg
 anti HBe

HCV

- anti HCV + kapsidový Ag

HEV

- anti IgM
 anti IgG

HIV

- anti HIV 1,2 + antigen p24

BORRELIE (*)

- anti IgM, IgG
 konfirmace anti IgM, IgG

REVMATOLOGICKÉ TESTY

- ASLO
 Revmatoidní faktor
 - latex-fixační test
 - anti IgA, IgM, IgG

TOXOPLASMA

- anti IgA, IgM, IgG,
 avidita IgG

YERSINIE

- anti Yersinia IgA, IgM, IgG

LISTERIE

- L. monocytogenes O I, II, V

LUES

- RRR
 TPHA

WIDAL

- S. paratyphi A
 S. paratyphi B
 S. paratyphi C
 S. typhi
 S. typhimurium
 S. enteritidis

EXANTÉMOVÉ INFEKCE

- Rubeola**
 anti IgM, IgG, avidita IgG
 Spalničky
 anti IgM, IgG

 Údaje laboratoře:

HERPETICKÉ VIRY

- IM test heterofilní protilátky
- CMV anti IgA, IgM, IgG,
konfirmace WB anti IgM, avidita IgG
- EBV anti VCA IgM, IgG, avidita VCA IgG,
anti EBNA.1 IgM, IgG
- HSV 1,2 anti IgM, IgG
- VZV anti IgM, IgG

- Klíšťová encefalitida**
anti IgM, IgG, avidita IgG

RESPIRAČNÍ PANEL

- Influenza A anti IgA, IgG
- Influenza B anti IgA, IgG
- Parainfluenza anti IgA, IgG
- Adenoviry anti IgA, IgG
- RS virus anti IgA, IgG
- Mycoplasma pneumoniae
anti IgA, IgM, IgG

CHLAMYDIE

- Chlamydia pneumoniae IgA, IgM, IgG
- konfirmace WB
Chlamydia pneumoniae anti IgA, IgG ,
Chlamydia trachomatis anti IgA, IgG,
Chlamydia psitaci anti IgA, IgG

Kritéria pro přijetí nebo odmítnutí vzorků jsou popsána v Laboratorní příručce OLM.