 <b>NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD</b> IČO: 00179540	<b>Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod</b> Usek PCR tel. 569 472 377
	<b>Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR</b>

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví:  **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru:  Čas odběru:

ATB terapie:  **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

**Požadované vyšetření cílené:**

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké, střední a nízké riziko
- virus hepatitidy C - kvantitativně
- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Bordetella holmesii*
- Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*
- Sexuálně přenosné infekce** /*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, HSV1 a HSV2/

Doplňující sdělení k odběru vzorků:


Odesílatel:   
  
razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL\_FRM\_45

Platí od:19.9.2024

 <b>NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD</b> IČO: 00179540	<b>Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod</b> Usek PCR tel. 569 472 377
	<b>Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR</b>

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví:  **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru:  Čas odběru:

ATB terapie:  **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

**Požadované vyšetření cílené:**

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké, střední a nízké riziko
- virus hepatitidy C - kvantitativně
- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Bordetella holmesii*
- Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*
- Sexuálně přenosné infekce** /*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, HSV1 a HSV2/

Doplňující sdělení k odběru vzorků:


Odesílatel:   
  
razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL\_FRM\_45

Platí od:19.9.2024

 <b>NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD</b> IČO: 00179540	<b>Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod</b> Usek PCR tel. 569 472 377
	<b>Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR</b>

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví:  **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru:  Čas odběru:

ATB terapie:  **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

**Požadované vyšetření cílené:**

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké, střední a nízké riziko
- virus hepatitidy C - kvantitativně
- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Bordetella holmesii*
- Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*
- Sexuálně přenosné infekce** /*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, HSV1 a HSV2/

Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:   
  
razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL\_FRM\_45

Platí od:19.9.2024