

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod	
	Úsek PCR tel. 569 472 377	
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR		
IČO: 00179540		
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
- ☐ **Respirační panel** (SARS-CoV-2, virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus)
- ☐ *Bordetella pertussis* , *Bordetella parapertussis*, *Bordetella holmesii*
- ☐ *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*
- ☐ *Mycobacterium tuberculosis* complex – semikvantitativně
- ☐ Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- ☐ virus hepatitidy B – kvantitativně
- ☐ virus hepatitidy C – kvantitativně
- ☐ **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

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod	
	Úsek PCR tel. 569 472 377	
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR		
IČO: 00179540		
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
- ☐ **Respirační panel** (SARS-CoV-2, virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus)
- ☐ *Bordetella pertussis* , *Bordetella parapertussis*, *Bordetella holmesii*
- ☐ *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*
- ☐ *Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- ☐ Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- ☐ virus hepatitidy B – kvantitativně
- ☐ virus hepatitidy C – kvantitativně
- ☐ **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

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod	
	Úsek PCR tel. 569 472 377	
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR		
IČO: 00179540		
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
- ☐ **Respirační panel** (SARS-CoV-2, virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus)
- ☐ *Bordetella pertussis* , *Bordetella parapertussis*, *Bordetella holmesii*
- ☐ *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*
- ☐ *Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- ☐ Varicella zoster virus, Herpes simplex virus I a II
- ☐ virus hepatitidy B – kvantitativně
- ☐ virus hepatitidy C – kvantitativně
- ☐ **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