

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ VIROVÝCH HEPATITID, HIV a SYFILIS**

<b>PACIENT:</b> <b>Rodné číslo:</b> ...../..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)  <b>Příjmení, jméno:</b> .....  <b>Pohlaví:</b> MUŽ / ŽENA <b>Urgentnost:</b> ..... <b>Kód pojišťovny:</b> ..... <b>Diagnóza:</b> .....	<b>LÉKAŘ:</b> identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - <b>není-li uvedeno na razítku</b>  <b>Razítko a podpis:</b>  <b>Datum a čas odběru :</b> (odebral):  Druh primárního vzorku: srážlivá krev Odběr ze žíly
<b>Umístění pacienta:</b>	

**Virová hepatitida typu A**

<input type="checkbox"/>	Anti- HAV IgM
<input type="checkbox"/>	Anti HAV total

**Virová hepatitida typu B**

Antigeny:	<input type="checkbox"/>	HbsAg
	<input type="checkbox"/>	HbeAg

**Virová hepatitida typu C**

<input type="checkbox"/>	Anti- HCV
--------------------------	-----------

**HIV**

<input type="checkbox"/>	Anti- HIV 1,2
--------------------------	---------------

**SYFILIS**

<input type="checkbox"/>	Syphilis-treponemový
<input type="checkbox"/>	RPR- netreponemový

POZNÁMKA:

Protilátky:	<input type="checkbox"/>	Anti-HBs
	<input type="checkbox"/>	Anti-HBe
	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc total
	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc IgM

1 z 1

SOP 005-009

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ VIROVÝCH HEPATITID, HIV a SYFILIS**

<b>PACIENT:</b> <b>Rodné číslo:</b> ...../..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)  <b>Příjmení, jméno:</b> .....  <b>Pohlaví:</b> MUŽ / ŽENA <b>Urgentnost:</b> ..... <b>Kód pojišťovny:</b> ..... <b>Diagnóza:</b> .....	<b>LÉKAŘ:</b> identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - <b>není-li uvedeno na razítku</b>  <b>Razítko a podpis:</b>  <b>Datum a čas odběru :</b> (odebral):  Druh primárního vzorku: srážlivá krev Odběr ze žíly
<b>Umístění pacienta:</b>	

**Virová hepatitida typu A**

<input type="checkbox"/>	Anti- HAV IgM
<input type="checkbox"/>	Anti HAV total

**Virová hepatitida typu B**

Antigeny:	<input type="checkbox"/>	HbsAg
	<input type="checkbox"/>	HbeAg

**Virová hepatitida typu C**

<input type="checkbox"/>	Anti- HCV
--------------------------	-----------

**HIV**

<input type="checkbox"/>	Anti- HIV 1,2
--------------------------	---------------

**SYFILIS**

<input type="checkbox"/>	Syphilis-treponemový
<input type="checkbox"/>	RPR- netreponemový

POZNÁMKA:

Protilátky:	<input type="checkbox"/>	Anti-HBs
	<input type="checkbox"/>	Anti-HBe
	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc total
	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc IgM

1 z 1

SOP 005-009