

## ŽÁDANKA NA SÉROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Příjmení, jméno, titul

Pohlaví

Lékař - podpis, razítko, adresa, IČZ/ IČP

		<input type="checkbox"/> Muž	<input type="checkbox"/> Žena
--	--	------------------------------	-------------------------------

Rodné číslo (číslo pojištění) Datum narození Diagnóza Kód ZP

--	--	--	--

Antibiotická terapie Datum odběru Čas odběru

--	--	--

Umístění pacienta a kontaktní telefon

Samoplátce

		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
--	--	------------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/>	SÉRUM (SRÁŽLIVÁ KREV)
--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/>	MOZKOMÍŠNÍ MOK
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	Hepatitida A (celý panel)
<input type="checkbox"/>	HAV IgM
<input type="checkbox"/>	HAV IgG

<input type="checkbox"/>	Toxoplasmóza (KFR, IgM+IgG, ev. avidita IgG)
<input type="checkbox"/>	Tularémie

<input type="checkbox"/>	Hepatitida B (celý panel)
<input type="checkbox"/>	HBsAg
<input type="checkbox"/>	anti-HBc total
<input type="checkbox"/>	anti-HBs (i po očkování)
<input type="checkbox"/>	anti-HBc IgM
<input type="checkbox"/>	HBeAg
<input type="checkbox"/>	anti-HBe

<input type="checkbox"/>	Listerióza
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneumoniae (anti-IgM, anti-IgG)

<input type="checkbox"/>	Hepatitida C (anti-HCV)
--------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/>	Hladiny ATB v séru - gentamicin
<input type="checkbox"/>	před podáním
<input type="checkbox"/>	po podání

<input type="checkbox"/>	HIV 1+2 (Ag/protilátka)
--------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/>	Hladina ATB v séru - vankomycin
<input type="checkbox"/>	před podáním
<input type="checkbox"/>	po podání

<input type="checkbox"/>	Syfilis (RPR, anti-syf. IgM a IgG)
--------------------------	------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Revmatologické vyšetření: Anti-CCP IgG
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Lymeská borelióza
<input type="checkbox"/>	anti-Borrelia IgM+IgG (v případě positivity-konfirmační vyš)
<input type="checkbox"/>	Western Blot (konfirmační vyšetření IgM a IgG)

<input type="checkbox"/>	Klíšťová encefalitis (TBE IgM a IgG)
--------------------------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/>	CMV (anti-CMV IgM a IgG, ev. avidita IgG)
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Epstein-Barrové virus = EBV (anti-VCA IgM+IgG, EA IgG, EBNA IgG)
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Paul - Bunnell
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	Spalničky (morbilli)-protilátky IgG
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	COVID-19 (protilátky IgG)
--------------------------	---------------------------

Datum přijetí:	Čas přijetí:	Přijal:	Štítkoval:
Laboratorní číslo (záznamy OLM)			