

Žádanka o laboratorní vyšetření PCR virových hepatitid

Pacient:

Rodné číslo:
 Příjmení: Kód pojišťovny:
 Jméno: Dg.

Odesílatel: přesná adresa, IČZ, odbornost, podpis lékaře

Bez uvedení nelze vyšetřit !

Datum odběru:

Formát výsledků:

pozitivní +
 negativní -
 nevyšetřeno 0

Požadovaná vyšetření:

Léčba:

Výsledek posledního vyšetření: (z jiných laboratoří)

RNA HCV - kvalita	<input type="checkbox"/>	interferon	<input type="checkbox"/>	a-HCV	<table border="1"><tr><td>výsledek / datum</td></tr></table>	výsledek / datum
výsledek / datum						
RNA HCV - kvantita	<input type="checkbox"/>	ribavirin	<input type="checkbox"/>		<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
HCV genotyp	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>			

DNA HBV - kvalita	<input type="checkbox"/>	lamivudin	<input type="checkbox"/>		<table border="1"><tr><td>výsledek / datum</td></tr></table>	výsledek / datum
výsledek / datum						
DNA HBV - kvantita	<input type="checkbox"/>	adefovir	<input type="checkbox"/>	HBsAg	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
HBV genotyp	<input type="checkbox"/>	entecavir	<input type="checkbox"/>	HBeAg	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
<u>Mutanty HBV:</u>		interferon	<input type="checkbox"/>	aHBs	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
PreCore	<input type="checkbox"/>	jiná	<input type="checkbox"/>	aHBe	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
Lékové rezistence	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>	aHBc	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
				IgMaHBc	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						

RNA HGV - kvalita

Aktuální klinický stav pacienta:

Zatrhňte správnou odpověď.

Přítomna akutní hepatitida? ANO NE
 Infekt v období posledních 2 měsíců? ANO NE
 Zaživací potíže? ANO NE
 Chronická hepatitida trvá více než 2 měsíce? ANO NE
 Jsou hodnoty ALT vyšší než 3x norma? ANO NE
 Provedena biopsie nebo laparoskopie? ANO NE
 Pokud ANO stanovena: fibróza CPH CAH cirhóza steatóza
 Jiná příčina hepatopatie? ANO NE

Pokud ANO jaká?.....

Ostatní požadovaná vyšetření:

aHCV HBsAg HBeAg aHBs aHBe
 aHBc IgMHbC aHEV

Žádanka o laboratorní vyšetření PCR virových hepatitid

Pacient:

Rodné číslo:
 Příjmení: Kód pojišťovny:
 Jméno: Dg.

Odesílatel: přesná adresa, IČZ, odbornost, podpis lékaře

Bez uvedení nelze vyšetřit !

Datum odběru:

Formát výsledků:

pozitivní +
 negativní -
 nevyšetřeno 0

Požadovaná vyšetření:

Léčba:

Výsledek posledního vyšetření: (z jiných laboratoří)

RNA HCV - kvalita	<input type="checkbox"/>	interferon	<input type="checkbox"/>	a-HCV	<table border="1"><tr><td>výsledek / datum</td></tr></table>	výsledek / datum
výsledek / datum						
RNA HCV - kvantita	<input type="checkbox"/>	ribavirin	<input type="checkbox"/>		<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
HCV genotyp	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>			

DNA HBV - kvalita	<input type="checkbox"/>	lamivudin	<input type="checkbox"/>		<table border="1"><tr><td>výsledek / datum</td></tr></table>	výsledek / datum
výsledek / datum						
DNA HBV - kvantita	<input type="checkbox"/>	adefovir	<input type="checkbox"/>	HBsAg	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
HBV genotyp	<input type="checkbox"/>	entecavir	<input type="checkbox"/>	HBeAg	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
<u>Mutanty HBV:</u>		interferon	<input type="checkbox"/>	aHBs	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
PreCore	<input type="checkbox"/>	jiná	<input type="checkbox"/>	aHBe	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
Lékové rezistence	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>	aHBc	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						
				IgMaHBc	<table border="1"><tr><td>/</td></tr></table>	/
/						

RNA HGV - kvalita

Aktuální klinický stav pacienta:

Zatrhňte správnou odpověď.

Přítomna akutní hepatitida? ANO NE
 Infekt v období posledních 2 měsíců? ANO NE
 Zaživací potíže? ANO NE
 Chronická hepatitida trvá více než 2 měsíce? ANO NE
 Jsou hodnoty ALT vyšší než 3x norma? ANO NE
 Provedena biopsie nebo laparoskopie? ANO NE
 Pokud ANO stanovena: fibróza CPH CAH cirhóza steatóza
 Jiná příčina hepatopatie? ANO NE

Pokud ANO jaká?.....

Ostatní požadovaná vyšetření:

aHCV HBsAg HBeAg aHBs aHBe
 aHBc IgMHbC aHEV