

ŽÁDANKA O PARAZITOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Centrum klinických laboratoří

Partyzánské náměstí 7, 702 00 Ostrava, www.zu.cz

CKL je zdravotnickou laboratoří akreditovanou ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 pod číslem 8014.



Příjmení, jméno pacienta:

Bydliště:

Číslo pojištěnce: _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ Kód pojišťovny: _ _ _

Základní diagnóza: _ _ _ _ _ Ostatní diagnózy: _ _ _ _ _

Čas odběru (hh.mm): _ _ : _ _ Datum odběru (dd/mm/rrrr): _ _ . _ _ . _ _ _ _

Léčba ATB: Vzorek:

Anamnéza:

Požadované vyšetření:

Morfologické vyšetření:

- paraziti
- Cryptosporidium* sp.
- mikrosporidie
- malárie
- jiné - uvést
- Trichomonas vaginalis* + kvasinky
- MOP

Průkaz protilátek (sérologická vyšetření):

- toxoplazmóza
- borelióza - ELISA
- borelióza - WESTERN BLOT
- borelióza - PCR
- leptospiróza
- leptospiróza - PCR

Vyšetření požaduje:

IČZ / IČP: _ _ _ _ _

Odbornost: _ _ _

Telefon:

Razítko s adresou a podpis lékaře: