

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ PROTILÁTEK - TBC A MYKOBAKTERIÓZY



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): _ _ . _ _ . _ _ _ _

Dispenzární skupina (u pacienta s TBC):

Nynější onemocnění a anamnéza (viz druhá strana):

Terapie: (AT, ATB) (viz druhá strana):

Vzorek:

Kvant., kval.: Datum dodání:
(nevyplňujte)

Požadované vyšetření:

IgM

IgA

IgG

Vyšetření požaduje:

Razítko s adresou a podpis lékaře:

IČZ / IČP: _ _ _ _ _

Odbornost: _ _ _

Telefon:

Doplňující anamnestické údaje:

Záznamy laboratoře: