

Žádanka o serologické vyšetření

Příjmení:.....Jméno.....

Číslo pojištěnce (R.Č.) :

Pohlaví:..... Pojišťovna:.....

Dg: Bydliště:.....

ATB, terapie

Odesílající odd., lékař:

Odběr provedl:

Datum a čas odběru:

V laboratoři přijato:

KREV

SÉRUM

LIKVOR

JINÉ

RRR+TPHA

RF

CRP

Zoonozy (brucelóza, listerioza, tularemie)

Yersinie

WIDAL

Toxoplazmoza (KFR, IgM, IgG)

IgA

IgE

Borrelia sensu lato IgM, IgG ELISA

anti-B.afzelii IgM, IgG ELISA

anti-B.garinii IgM, IgG ELISA

anti-B.burgdorferi s. stricto IgM, IgG ELISA

anti-klíšťová encefalitis IgM, IgG

PB+IM (heterofilní protilátky) - EBV

EB specifické protilátky (anti VCA, EBNA-1, EA-D)

CM virus (IgA, IgM, IgG)

Chlamydia sp. (IgA, IgM, IgG)

Chlamydia pneumoniae (IgA, IgM, IgG)

Chlamydia trachomatis (IgA, IgM, IgG)

Mycoplasma pneumoniae (IgA, IgM, IgG)

Pertusse a parapertusse

Herpes simplex virus 1+2 IgM, IgG

Varicella-zoster virus IgA, IgM, IgG

Western Blot-Borrelie

Western Blot-Chlamydie

Jiná vyšetření

Sdělení odd. (lékaře) laboratoři:

Razítko, IČZ, podpis lékaře