 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD OSL_FRM_45	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod Usek PCR tel. 569 472 441
	Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR
Příjmení:	
Jméno:	
Č. pojištění/pohlaví:	Poj.
Bydliště:	
Datum odběru:	Čas odběru:
ATB terapie:	Dg.
Odebraný materiál:	
Lokalizace:	

Požadované vyšetření cílené:

- Chlamydia trachomatis*
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké riziko
- Mycobacterium tuberculosis* complex
- virus hepatitidy C (kvantitativně)
- Cytomegalovirus*
- Herpes virus


Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD OSL_FRM_45	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod Usek PCR tel. 569 472 441
	Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR
Příjmení:	
Jméno:	
Č. pojištění/pohlaví:	Poj.
Bydliště:	
Datum odběru:	Čas odběru:
ATB terapie:	Dg.
Odebraný materiál:	
Lokalizace:	

Požadované vyšetření cílené:

- Chlamydia trachomatis*
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké riziko
- Mycobacterium tuberculosis* complex
- virus hepatitidy C (kvantitativně)
- Cytomegalovirus*
- Herpes virus


Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD OSL_FRM_45	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod Usek PCR tel. 569 472 441
	Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR
Příjmení:	
Jméno:	
Č. pojištění/pohlaví:	Poj.
Bydliště:	
Datum odběru:	Čas odběru:
ATB terapie:	Dg.
Odebraný materiál:	
Lokalizace:	

Požadované vyšetření cílené:

- Chlamydia trachomatis*
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké riziko
- Mycobacterium tuberculosis* complex
- virus hepatitidy C (kvantitativně)
- Cytomegalovirus*
- Herpes virus

Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo: