

ŽÁDANKA VYŠETŘENÍ NA SARS-CoV-2

AGELLAB

Příjmení **NOVÁK**

Jméno **ADAM**

Bydliště **OŠTRAVSKÁ 5
702 00 OŠTRAVA**

Telefon **888 888 888**

E-mail **adam.novak@centrum.cz**

Číslo pojištěnce **8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8**

Pojišťovna **1 1 1** Pohlaví Muž Žena

DG _____

Datum začátku akut. onemocnění _____

Místo a adresa odběrového místa (razítko ZZ)
Lékař
IČZ
Telefon

Objednání na PCR vyšetření na tel. 800 700 701.

Vzor jak vyplňovat

Přímý průkaz nukleové kyseliny SARS-CoV-2 (RT-PCR)	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Stěr z nosohltanu	
<input type="checkbox"/> Odběr ze slin	
Rychlý antigenní test SARS-CoV-2	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Stěr z nosohltanu	
Stanovení buněčné imunity T.SPOT.SARS-CoV-2	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Venózní nesrážlivá krev / heparin (8 ml krve)	
Stanovení nukleokapsidového antigenu SARS-CoV-2 v séru	Datum odběru
<input type="checkbox"/> Venózní srážlivá krev / sérum	

Sérologické vyšetření protilátek – srážlivá krev	Datum odběru
<input type="checkbox"/> IgG	
<input type="checkbox"/> IgM	
<input type="checkbox"/> IgA	

Poznámka: V případě zájmu o dva různé typy vyšetření je nutné vystavit samostatnou žádanku na každé vyšetření a transportovat zvlášť stěr / sérum a zvlášť srážlivou krev.

Důležité epid. souvislosti / cestovní anamnéza: _____

Poznámky: _____

❖ Vyšetření provádí Laboratoř klinické imunologie a alergologie, Laboratoře AGEL, a.s., Nový Jičín