

Objednávka laboratorních vyšetření



laboratorní služby

Klinické laboratoře Chomutov s.r.o.



Klinické laboratoře Chomutov s.r.o.

Libušina 3240/4, 430 01 Chomutov

IČ: 272 67 971

Laboratoř tel.: 474 651 889, 474 651 939, 474 652 063

CallCentrum: 277 779 800, fax: 224 812 793

Číslo pojištění: _____ / _____		Razítko a podpis:
Příjmení: _____		
Jméno: _____		
Diagnóza(-y): _____		Poznámky:
Pojišťovna: _____	Datum: _____	

SEROLOGIE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HBsAg | <input type="checkbox"/> Listerióza |
| <input type="checkbox"/> HIV 1+2 | <input type="checkbox"/> Brucelóza |
| <input type="checkbox"/> Lues screening | <input type="checkbox"/> Tularémie |
| <input type="checkbox"/> EBV (IgM, EA-D, VCA, EBNAIgG) | <input type="checkbox"/> Chlamydia (IgM, A, G) |
| <input type="checkbox"/> EBV - Paul-Bunell | <input type="checkbox"/> Mycoplasma (IgM, G) |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (IgM, A, G) | <input type="checkbox"/> Pertusse + Parapertusse*** |
| <input type="checkbox"/> Varicella - zoster (IgM, G) | <input type="checkbox"/> Widalova reakce |
| <input type="checkbox"/> Herpes simplex (IgM, G) | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Rubeola (IgM, G) | <input type="checkbox"/> Revmatoidní faktor (latex) |
| <input type="checkbox"/> Toxoplazmóza (IgM,A,G) | <input type="checkbox"/> CRP |
| <input type="checkbox"/> Klíšťová encefalitis* (IgM, Ig) | <input type="checkbox"/> ASTL (antistafylolyzin) |
| <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (IgM, A, G) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LYMESKÁ BORELIÓZA **

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> B. afzelii (screening) (IgM, G) |
| <input type="checkbox"/> B. garinii (IgM, G) |
| <input type="checkbox"/> Western blot |

* možno vyšetřit i mozkomíšni mok

** možno vyšetřit mozkomíšni mok a kloubní punktát

*** nutný párový odběr po 3 týdnech

screening akutní a chronické hepatitidy

kontrola po očkování proti hepatitis B

HEPATITIDY

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> HAV: Anti HAV IgM# |
| <input type="checkbox"/> Anti HAV celk. |
| <input type="checkbox"/> HBV: HBsAg# |
| <input type="checkbox"/> Anti Hbc IgM |
| <input type="checkbox"/> Hbe/Anti Hbe |
| <input type="checkbox"/> Anti Hbc# |
| <input type="checkbox"/> Anti HBs## |
| <input type="checkbox"/> HCV: Anti HCV# |
| <input type="checkbox"/> |