

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ V NRL PRO HERPETICKÉ VIRY

PACIENT

Rodné číslo		Zdravotní pojišťovna	
Příjmení			
Jméno			
Datum narození (cizinci)		☐ muž	☐ žena
Adresa místa pobytu v ČR			
Základní diagnóza			
Klinický materiál		Datum odběru	

POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (ZADAVATEL)

Lékař:	IČP	
Adresa:	Odbornost	
	Razítko a podpis:	
Tel.:		

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ:

Průkaz protilátek herpetických virů

Komplexní vyšetření:

Jednotlivá vyšetření:

☐ HSV1/2 (IgG, IgM)	☐ HSV1/2 IgG ☐ HSV1/2 IgM ☐ HSV2 IgG
☐ VZV (IgG, IgM)	☐ VZV IgG ☐ VZV IgM ☐ avidita VZV IgG
☐ EBV (VCA IgG, VCA IgM, EBNA1 IgG, EA IgG)	☐ EBV VCA IgG ☐ EBV VCA IgM ☐ EBV EBNA1 IgG ☐ avidita EBV VCA IgG
☐ CMV (IgG, IgM)	☐ CMV IgG ☐ CMV IgM ☐ avidita CMV IgG
☐ HHV-6 (IgG, IgM)	☐ HHV-6 IgG ☐ HHV-6 IgM
☐ HHV-8 IgG	

Průkaz DNA herpetických virů metodou PCR

☐ HSV1/2	☐ HHV6
☐ VZV	☐ HHV7
☐ CMV	☐ HHV8
☐ EBV	

Jiná neuvedená vyšetření / Poznámka: