**Žádanka o vyšetření v NRL pro chlamydie**

Ev. č. v NRL

**/2025**

**KLINICKÉ PRACOVIŠTĚ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

IČP:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

ODBORNOST:

NÁZEV:

ADRESA:

KONTAKTNÍ OSOBA:

TELEFON:

**PACIENT**

PŘÍJMENÍ A JMÉNO PACIENTA:

BYDLIŠTĚ: -

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

KÓD POJIŠŤOVNY:

**MATERIÁL:** Zvolte položku.

**DATUM ODBĚRU:**

**PCR**

[ ]  DNA *Chlamydia trachomatis* LGV

[ ]  DNA *Chlamydia trachomatis*

[ ]  DNA STI multiplex

[ ]  DNA *Haemophilus ducreyi*

[ ]  DNA *Mycoplasma genitalium*/rezistence AZI\*

[ ]  DNA *Mycoplasma genitalium/*rezistence MOXI\*

[ ]  DNA *Chlamydia pneumoniae*\*

[ ]  DNA *Chlamydia psittaci*\*

**LABORATORNÍ PRACOVIŠTĚ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

IČP:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

ODBORNOST:

NÁZEV:

ADRESA:

KONTAKTNÍ OSOBA:

TELEFON:

 DATUM NAROZENÍ:

 MUŽ: [ ]  ŽENA: [ ]

**ZÁKLADNÍ DIAGNÓZA**:

**SEROLOGIE**

[ ]  *Chlamydia trachomatis* IgG, IgA, IgM

[ ]  *Chlamydia pneumoniae* IgG, IgA, IgM

[ ]  *Chlamydia psittaci*  IgG, IgA, IgM