**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