

### ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ V NRL PRO HERPETICKÉ VIRY

#### PACIENT

Rodné číslo		Zdravotní pojišťovna	
Příjmení			
Jméno			
Datum narození (cizinci)		<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> HSV1/2 (IgG, IgM)	<input type="checkbox"/> HSV1/2 IgG	<input type="checkbox"/> HSV1/2 IgM
	<input type="checkbox"/> HSV2 IgG	
<input type="checkbox"/> VZV (IgG, IgM)	<input type="checkbox"/> VZV IgG	<input type="checkbox"/> VZV IgM
	<input type="checkbox"/> avidita VZV IgG	
<input type="checkbox"/> EBV (VCA IgG, VCA IgM, EBNA1 IgG, EA IgG)	<input type="checkbox"/> EBV VCA IgG	<input type="checkbox"/> EBV VCA IgM
	<input type="checkbox"/> EBV EBNA1 IgG	<input type="checkbox"/> EBV EBNA1 IgG
	<input type="checkbox"/> avidita EBV VCA IgG	
<input type="checkbox"/> CMV (IgG, IgM)	<input type="checkbox"/> CMV IgG	<input type="checkbox"/> CMV IgM
	<input type="checkbox"/> avidita CMV IgG	
<input type="checkbox"/> HHV-6 (IgG, IgM)	<input type="checkbox"/> HHV-6 IgG	<input type="checkbox"/> HHV-6 IgM
<input type="checkbox"/> HHV-8 IgG		

##### Průkaz DNA herpetických virů metodou PCR

<input type="checkbox"/> HSV1/2	<input type="checkbox"/> HHV6
<input type="checkbox"/> VZV	<input type="checkbox"/> HHV7
<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> HHV8
<input type="checkbox"/> EBV	

##### Jiná neuvedená vyšetření / Poznámka: