|  |  |
| --- | --- |
| ŽÁDANKA  O  VYŠETŘENÍ  – PARVOVIRUS B19 | |
|  |  | |
| Zadavatel (razítko): | IČZ: | |
|  | Odbornost: | |
|  | Lékař: | |
|  | Tel.: | |
|  |  | |
| Jméno: | Dg: | |
| Rodné číslo: | muž - žena | |
|  |  | |
| Zdravotní pojišťovna: | | |
| Datum začátku onemocnění: | | |
|  |  | |
| **Klinický materiál (u zasílaného materiálu uveďte datum a jaké vyšetření požadujete):** | **Datum odběru (napsat do příslušného okénka) :** | |
|  | **Serologie PCR** | |
| Kostní dřeň |  | |
| Krev srážlivá |  | |
| Krev nesrážlivá |  | |
| Sérum |  | |
| Plasma |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| Cestovní anamnéza: |  | |
|  |  | |
| Klinický materiál zaslán do NRL dne: |  | |
|  |  | |
| Přijal, přezkoumal: | Datum: | |
|  | Hodina: | |