|  |
| --- |
| 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:  |