

ID číslo	pojišťovna	ATB terapie	datum odběru	žadatel o vyšetření (jmenovka, IČP, podpis)
příjmení	pohlaví ** M / Ž věk ** dat. narození**	adresa	čas odběru	
jméno, titul	kód diagnózy	odebral	

Dýchací trakt	Klinický materiál	Gastrointestinální trakt	Sérologické vyšetření
výtěr z krku*	výtěr z ucha* (specifikovat)	výtěr z konečníku*	srážlivá krev
výtěr z nosu*	výtěr z oka*(specifikovat)	stolice Rota+Adenoviry (Ag)	Syphilis (RPR+TPHA)
sekret z bronchu*	výtěr z dutiny ústní*	stolice Noroviry (Ag)	
bronchoalveolární laváž*	stěr z rány* (specifikovat)	stolice Helicobac.pylori (Ag)	HEPATITIDA A
okolí tracheostomie*	hluboká <input type="checkbox"/> povrchová <input type="checkbox"/>	stolice Clostridium difficile (GDH a toxin A, B)	anti-HAV IgG anti-HAV IgM
výtěr z tracheostomie*	stěr z kůže*	stolice Yersinie	HEPATITIDA B
výtěr z nosohltanu*	stěr z bércového vředu*	Lepex (Graham)	HBsAg
sputum*	stěr z dekubitu*	Hemokultury	anti-HBs HBeAg anti-HBe
	stěr z píštěle*	stěr před hemokulturou* 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>	anti-HBc celkové anti-HBc IgM
Urogenitální trakt	punktát/hnis * z	hemokultura aerobní* 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HEPATITIDA C anti-HCV
moč* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stř. proud cévka. z katetru	punktát /hnis anaerobně* z <input type="checkbox"/>		
URICULT*	drén* (specifikovat)	čas	HEPATITIDA E anti-HEV IgG anti-HEV IgM
průkaz antigenu St. pneumoniae v moči	katétr arteriální*	teplota	
průkaz antigenu Legionella v moči	katétr žilní* cžk <input type="checkbox"/> pžk <input type="checkbox"/>	hemokultura anaerobní* 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV 1+2 anti-EBV anti-CMV anti-Borrelia
výtěr z vagíny*			
výtěr z cervixu*	katétr* (specifikovat)	čas	
výtěr z uretry*	Mozkomišní mok	teplota	Westernblot
ejakulát*	latexová aglutinace mikroskopie kultivace+ citlivost	místo vpichu 1. 2. 3.	WB Borrelie (afzelii+garinii)
GBS screening*			WB Chlamydia pneumon.
MOP	Jiné.....		WB Chlamydia trachom.
Mykologické vyšetření		hemokultura Peds*	WB Toxoplasma
<input type="checkbox"/> nehty <input type="checkbox"/> šupiny		čas teplota	

Vyšetření metodou PCR	
<input type="checkbox"/>	Screening STD (<input type="checkbox"/> moč / <input type="checkbox"/> výtěr)
<input type="checkbox"/>	Ureaplasma urealyticum Ureaplasma parvum
<input type="checkbox"/>	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia Trachomatis
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis Trichomonas vaginalis
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma genitalium
<input type="checkbox"/>	Chřipka A, B/RS viry (nosohltan)

čas příjmu	poznámky laboratoře
přijal	