

Žádanka o laboratorní vyšetření PCR virových hepatitid

Pacient:

Číslo pojištění: Pohlaví: muž žena
 Příjmení: Kód pojišťovny:
 Jméno: Dg.

Odesílatel: přesná adresa, IČZ, odbornost, podpis lékaře

Bez uvedení nelze vyšetřit !

Datum odběru:

Formát výsledků:

pozitivní + negativní - nevyšetřeno 0

Požadovaná vyšetření:

Léčba:

Výsledek posledního vyšetření: (z jiných laboratoří)

RNA HCV - kvalita	<input type="checkbox"/>	interferon	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RNA HCV - kvantita	<input type="checkbox"/>	ribavirin	<input type="checkbox"/>	a-HCV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HCV genotyp	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polymorfismus IL28b	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DNA HBV - kvalita	<input type="checkbox"/>	lamivudin	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNA HBV - kvantita	<input type="checkbox"/>	adefovir	<input type="checkbox"/>	HBsAg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HBV genotyp	<input type="checkbox"/>	entecavir	<input type="checkbox"/>	HBeAg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Mutanty HBV:</u>		interferon	<input type="checkbox"/>	aHBs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PreCore	<input type="checkbox"/>	jiná	<input type="checkbox"/>	aHBe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lékové rezistence	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>	aHBc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				IgMaHBc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RNA HEV - kvalita

RNA HGV - kvalita

Aktuální klinický stav pacienta:

Zaškrtněte správnou odpověď.

Přítomna akutní hepatitida? ANO NE
 Infekt v období posledních 2 měsíců? ANO NE
 Zažívací potíže? ANO NE
 Chronická hepatitida trvá více než 2 měsíce? ANO NE
 Jsou hodnoty ALT vyšší než 3x norma? ANO NE
 Provedena biopsie nebo laparoskopie? ANO NE
 Pokud ANO stanovena: fibróza CPH CAH cirhóza steatóza
 Jiná příčina hepatopatie? ANO NE

Pokud ANO jaká?.....

Ostatní požadovaná vyšetření:

aHCV HBsAg HBeAg aHBs aHBe
 aHBc IgMHbC IgG aHEV IgM aHEV WB aHEV

Žádanka o laboratorní vyšetření PCR virových hepatitid

Pacient:

Číslo pojištění: Pohlaví: muž žena
 Příjmení: Kód pojišťovny:
 Jméno: Dg.

Odesílatel: přesná adresa, IČZ, odbornost, podpis lékaře

Bez uvedení nelze vyšetřit !

Datum odběru:

Formát výsledků:

pozitivní + negativní - nevyšetřeno 0

Požadovaná vyšetření:

Léčba:

Výsledek posledního vyšetření: (z jiných laboratoří)

RNA HCV - kvalita	<input type="checkbox"/>	interferon	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RNA HCV - kvantita	<input type="checkbox"/>	ribavirin	<input type="checkbox"/>	a-HCV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HCV genotyp	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polymorfismus IL28b	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DNA HBV - kvalita	<input type="checkbox"/>	lamivudin	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNA HBV - kvantita	<input type="checkbox"/>	adefovir	<input type="checkbox"/>	HBsAg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HBV genotyp	<input type="checkbox"/>	entecavir	<input type="checkbox"/>	HBeAg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Mutanty HBV:</u>		interferon	<input type="checkbox"/>	aHBs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PreCore	<input type="checkbox"/>	jiná	<input type="checkbox"/>	aHBe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lékové rezistence	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>	aHBc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				IgMaHBc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RNA HEV - kvalita

RNA HGV - kvalita

Aktuální klinický stav pacienta:

Zaškrtněte správnou odpověď.

Přítomna akutní hepatitida? ANO NE
 Infekt v období posledních 2 měsíců? ANO NE
 Zažívací potíže? ANO NE
 Chronická hepatitida trvá více než 2 měsíce? ANO NE
 Jsou hodnoty ALT vyšší než 3x norma? ANO NE
 Provedena biopsie nebo laparoskopie? ANO NE
 Pokud ANO stanovena: fibróza CPH CAH cirhóza steatóza
 Jiná příčina hepatopatie? ANO NE

Pokud ANO jaká?.....

Ostatní požadovaná vyšetření:

aHCV HBsAg HBeAg aHBs aHBe
 aHBc IgMHbC IgG aHEV IgM aHEV WB aHEV