



ŽÁDANKA NA TEST PŘÍTOMNOSTI HPV DNA

Ve vzorku bude vyšetřena přítomnost HPV DNA HR typů 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51 - 53, 56, 58, 59, 66, 68, 70, 73, 82
a zároveň LR typů 6 a 11 s citlivostí 100 kopií virové DNA na reakci.

Číslo vyšetření: (vyplní laboratoř)

Jméno a příjmení:	Pojišťovna / samoplátce*	Číslo pojištění:	
Pohlaví: F / M	PSČ trvalého bydliště:	Datum a čas odběru:	Základní diagnóza:

* nehodící se škrtněte

Indikace <input type="checkbox"/> primární screeningový test <input type="checkbox"/> (opakovaný) cytologický nález ASC-US, ASC-H, LSIL HPV, AGC-NOS	Lokalizace: <input type="checkbox"/> CERVIX <input type="checkbox"/> JINÁ: _____	Očkování proti HPV: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Typ vakcíny: <input type="checkbox"/> SILGARD <input type="checkbox"/> CERVARIX <input type="checkbox"/> JINÁ	Rok aplikace: 20 __
---	--	--	--	------------------------

Poznámka:

Razítko a podpis žadatele:

IČZ:

Datum příjmu:
Přijal: