

Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fingerlandův ústav patologie, Imunofluorescenční laboratoř, Sokolská 581, 500 05, tel. 495832598, 495833419, E-mail: hadzidim@fnhk.cz	
Rodné číslo:	Číslo vzorku
Pacient:	Poj:
Základní dg:	Datum odběru:
Žádám o vyšetření autoprotilátek proti následujícím antigenům :	
Tyreoglobulin - IIF	Myokard - IIF
Tyreoperoxidáza - IIF	Bazální membrána glomerulů - IIF
Parietální buňky - IIF	Příčně pruhovaná svalovina - IIF
Kůra nadledvinky - IIF	Axony - IIF
ANF (ANA) - IIF	Acetylcholinové receptory - IIF
Hladký sval (ASMA) - IIF	Myelin - IIF
Mitochondrie (AMA) - IIF	Vlasový folikul - IIF
ABBA - IIF	Ovarium - IIF
Retikulín IgA - IIF	Bazální membrána epidermis - IIF
Endomysium IgA - IIF	Mezibuněčný tmel epidermis - IIF
Langerhansovy ostrůvky	Bazální membrána epidermis - DIF
LKM1 - IIF	Mezibuněčný tmel epidermis - DIF
ANCA - IIF	
Další vyšetření – prosíme vypsát:	
Laboratoř:	Podpis a razítko odesílatele: IČZ: Odbornost:
přijal:	
stočil:	
barvil:	
Kódy výkonů:	