

OBJEDNÁVKA LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ

Číslo pojištění / Cizinci - datum narození

Pojišťovna

Datum odběru

Čas odběru

Příjmení

Titul

Odběr provedl

Jméno

Pohlaví
(ž/m)

Diagnóza

Počet
požad. vyš.

Adresa pacienta

Hradí samoplátce
(částka)

Jméno lékaře

2

Razítko (vč. IČZ), podpis

Statim

Telefon



CITYLAB s.r.o.
Seydlerova 2451/8
158 00 Praha 5

zelená linka:
800 801 811

Příjem materiálu:
277 004 451

www.citylab.cz

Legenda: ■ KREV (zkumavka se separačním gelem) ■ KREV (K₃EDTA) ■ Stolicе ■ KREV (Lithium Heparin) ■ KREV (Sodium Heparin)

Vyšetření protilátek a antigenů (Ag)

Soubory vyšetření

☐ Předop. (HIV, HBsAg, Syfilis)

Respirace

☐ Mycopl. pneumoniae

☐ Bordetella pertussis

☐ Bordetella parapertussis

☐ Legionella pneumophila

☐ Influenza A/B

☐ RS virus

☐ Adenovirus

Chlamydie

☐ Chlamydia** ☐ WB

☐ Ch. trachomatis

☐ Ch. pneumoniae

☐ Ch. psittaci

☐ cHSP 60 IgG

ANA / ENA

☐ ANA typizace ☐ WB

☐ ANA (ENA) screen*

☐ ANA IF IgG ☐ IgA, IgM

☐ Anti SS-A

☐ Anti SS-B

☐ Anti Sm

☐ Anti RNP

☐ Anti Scl-70

☐ Anti Jo 1

☐ Anti ds DNA

☐ v případě positivity titrace

☐ Anti nukleosomy

☐ Myositidový profil (blot)*

Průtoková cytometrie

☐ CD3, CD4, CD8, CD19, NK

☐ CD3, CD4, CD8

☐ Aktivované Tly (HLA- DR)

☐ Aktivované Bly (%CD23 v CD20)

☐ CD4/CD45RA/CD45RO

☐ Aktivované CD8+ /CD38+

STD

☐ TP (Syfilis) ☐ TP IgM

☐ HIV 1,2 + p24

Hepatitidy

☐ **Hepatitida A**

☐ Anti HAV IgG ☐ Anti HAV IgM

☐ **Hepatitida B****

☐ HBsAg ☐ Anti HBs

☐ Anti HBe total ☐ Anti HBe IgM

☐ HBeAg ☐ Anti HBe

☐ **Anti HCV**

☐ Anti HEV ☐ Anti HDV

DNA / RNA - samost. zkumavka

☐ HBV DNA kvantita

☐ HCV RNA kvantita

☐ HCV RNA genotyp

Celiakie, intolerance

☐ Screening celiakie

Obsahuje Anti tTg IgA, Anti deamid. gliadin IgG cIgA

☐ Anti deamid. gliadin IgA, IgG

☐ Anti tTg IgA ☐ IgG

☐ EMA IgA ☐ Lore IgG

☐ Anti kravské mléko IgG, IgA

☐ Anti kasein IgG, IgA

☐ Anti alfa laktalbumin IgG, IgA

☐ Anti beta-lactoglobulin IgG, IgA

☐ Anti laktóza IgG, IgA

☐ Anti soja IgG, IgA

IBD (nespec. střev. záněty)

☐ ASCA IgA, IgG

☐ Fekální kalprotektin

IBD (nespec. střev. záněty)

☐ CD3-/CD57+ (LB)

☐ Fagocytóza (oxid. vzplanutí)

☐ HLA B27 HLA

BAT - viz žádanka č. 3

JINÁ VYŠETŘENÍ

Antropozoonózy

☐ Borrelia

☐ při pozitivě WB

☐ Borrelia WB

☐ Klišťová encefalitida/avidita**

☐ Toxoplasma gondii**

☐ Toxocara canis/avidita**

☐ Bartonella

☐ Listeria monocytogenes

☐ Francisella tularensis

☐ Brucella

Gastrointestinální

☐ Yersinia enterocolitica

☐ Campylobacter jejuni

☐ Helicobacter pylori ☐ WB

☐ Helicobacter pylori - Ag ve stolici

Revmatologický soubor

☐ Revmatoidní faktor

☐ Revmat. faktor - IgA, G, M

☐ Anti citrulin

☐ COMP (prot. chrupavky)

☐ Anti MCV

Imunoglobuliny, alergie

☐ IgA ☐ IgA - podtřidy

☐ IgG ☐ IgG - podtřidy

☐ IgM ☐ IgE

☐ ECP* ☐ DAO

☐ ALEX (extrakty, komponenty)*

☐ Phadiatop (inhal. screen)*

☐ Degradace histaminu

☐ Tryptáza

Alergologie viz žádanka č.3

Vyš. komplementu

☐ C1 - inhibitor

☐ C1q

☐ C3 ☐ C4

☐ CIK C1q

☐ CIK-PEG

Herpesviry

☐ HSV 1 + 2/avidita**

☐ VZV

☐ EBV ☐ WB

☐ IM, EBV VCA IgM

☐ CMV/avidita** ☐ WB

☐ HHV 6

☐ HHV 8

Exantémy, dětské nemoci

☐ Rubeola/avidita**

☐ Morbilli

☐ Parotitida

☐ Parvovirus B19

☐ Parvovirus B19

Ostatní

☐ Coxackie

Autoimunní hepatopatie

☐ AMA (mitochondrie)

☐ ASMA (hladký sval)

☐ Anti LKM (mikrosomy)

☐ Jaterní profil

Vaskulitidy

☐ ANCA IF

☐ v případě positivity titrace

☐ Anti MPO

☐ Anti PR3

☐ Anti GBM

☐ ANCA profil*

Dermatologický soubor

☐ Anti BM epidermis

☐ Anti desmosomy

Ostatní

☐ Anti parietální buňky

☐ Anti vnitřní faktor

☐ AADA (adrenální)

Postvaccinační

☐ Hepatitida A

☐ Hepatitida B

☐ C. tetani - toxoid

☐ C. diphtheriae - toxoid

☐ Klišťová encefalitida

☐ Morbilli IgG

Covid

☐ Covid IgG, IgA, IgM

☐ Covid IgG

☐ SARS-CoV-2 reaktivní T lymfocyty (buněčná imunita)

Přímé průkazy nukleových kyselin (RNA, DNA) infekčních agens viz žádanka č. 4 (modrá).

Přímé průkazy nukleových kyselin (RNA, DNA) infekčních agens viz žádanka č. 4 (modrá).

Přímé průkazy nukleových kyselin (RNA, DNA) infekčních agens viz žádanka č. 4 (modrá).

Neurologický soubor

☐ Anti MAG IgM (myelin as.GP)

☐ Anti gangliosidy IgG, IgM

☐ Anti Hu, Ri, Yo

Antifosfolipidový soubor IgG, IgM

☐ Anti kardiolipin

☐ Anti β₂-GP1

☐ Anti protrombin

☐ Anti annexin V

☐ Fosfolipidový profil*

Reprodukční soubor

☐ AMH (Anti Müllerian hormon)

☐ Anti ovarium

☐ Anti testes (Leydig c.)

☐ Anti spermie

☐ Anti zona pellucida

Diabetes

☐ Anti ICA (ostr. pankr.)

☐ Anti GAD ☐ Anti IA-2

Vyšetření protilátek provádíme ve stanovených izotypech - viz www.citylab.cz

VYSVĚTLIVKY: * viz. www.citylab.cz

**

Pro toto vyšetření je nutné v čase mezi 1 - 2 hod oddělit sérum / plazmu od krve.

» Provádí se treponemový a netreponemový test.

▲ Speciální odběrová souprava

WB - western blot

POKYN K VYPLŇOVÁNÍ:

☐ Správně vyplněné pole

☒ Špatně vyplněné pole



CL_0203

POLIKLINIKA LÍPA

3. patro

Seydlerova 2451/8, Praha 5
tel.: 775 757 824, 296 113 381
Po - Pá 6:00 - 14:30

OFFICE CENTER HRADČANSKÁ

3. patro

M. Horákové 109, Praha 6
tel.: 775 855 354
Po - Pá 6:00 - 14:00

POLIKLINIKA HVĚZDOVA

přízemí

Hvězdova 1601, Praha 4
tel.: 773 746 476
Po - Pá 7:00 - 14:00

ORDINACE ŽIŽKOV

1. patro

Seifertova 89, Praha 3
tel.: 775 884 971
Po - Pá 6:00 - 12:00

POLIKLINIKA MICHNOVA

přízemí

Michnova 1622/4, Praha 4
tel.: 775 884 972
Po - Pá 6:00 - 14:30

POLIKLINIKA STODŮLKY

přízemí

Hostinského 1533/4, Praha 5
tel.: 776 728 146
Po - Pá 6:00 - 14:30

LÉKAŘSKÉ CENTRUM KRALUPY

1. patro

Nerudova 1093, Kralupy n. Vltavou
tel.: 778 962 603
Po - Pá 6:00 - 13:00

POLIKLINIKA Kladno

přízemí

K Nemocnici 2814, 272 01, Kladno
tel.: 775 892 102
Po-Pá 6.00-11.00

POLIKLINIKA POD MARJÁNKOU

1. patro

Pod Marjánkou 12, Praha 6
tel.: 775 855 353
Po - Pá 6:00 - 14:30

POLIKLINIKA NA PETŘINÁCH

1. patro

Stamicova 21, Praha 6
tel.: 233 018 246
Po - St 6:00 - 14:30 Čt 6:00 - 16:30 Pá 6:00 - 12:30

KUTNÁ HORA

přízemí

Hornická 209, 284 01 Kutná Hora
tel.: 775 857 536
Po - Pá 7:00 - 13:00

POLIKLINIKA REVOLUČNÍ

2. patro

Revoluční 765/19, Praha 1
tel.: 776 728 163
Po - Pá 7:00 - 14:30

POLIKLINIKA AFRICKÁ

přízemí

Africká 687/36, Praha 6
tel.: 770 145 669
Po - Pá 6:00 - 14:30

ZDRAVOTNÍ STŘEDISKO ŘEPA

2. patro

Žufanova 1113, Praha 17
tel.: 778 962 604
Po - Pá 6:00 - 14:30

POLIKLINIKA PACOVSKÁ

1. patro

Pacovská 869/31, 140 00, Praha 4
tel.: 775 892 103
Po-Pá 7.00-14.00

Zelená linka: 800 801 811

Svozová služba: 775 855 350

Pokyny k odběru krve

1. Odpoledne a večer před odběrem vynechte tučná jídla, alkohol.
2. Ráno před odběrem vypijte zhruba 1/4 litru hořkého čaje (nesladké vody), nejezte.
3. Alergii na dezinfekční prostředky (např. Ajatin) nebo na určitý typ náplastí oznámte odebírajícímu personálu.
4. Na případnou nevolnost při odběru upozorněte odebírající personál, aby mohl zabránit komplikacím při mdlobě (poranění při pádu).
5. Po odběru pevně tiskněte místo vpichu, aby nedošlo k vytvoření hematomu.
6. Po odběru se můžete najíst, u diabetiků je vhodné, aby měli jídlo s sebou a mohli tak dodržet navyký denní režim.

Pokyny k odběru moče

Ranní moč:

1. Během noci před odběrem je doporučeno nepožívat nadměrné množství tekutin.
2. Před odběrem je nutné důkladné omytí genitálií.
3. Do sběrné nádoby je nutno odebrat pouze střední proud ranní moči.
4. Moč transportujte do laboratoře / odběrové místnosti co nejrychleji.

Sbíraná moč:

1. Na základě typu vyšetření Vám Váš lékař určí dobu sběru.
2. Sběr moči je nejlépe začít např. v 6 hod. ráno. Na začátku sběrného období (tzn. 6 hod.) se úplně vymočte mimo sběrnou nádobu, tj. do WC. Od této chvíle je třeba sbírat veškerou moč z každého močení do nádoby. Dbejte na to, aby nedocházelo ke ztrátám moče např. při stolici apod., doporučujeme se vymočít před stolicí rovněž do sběrné nádoby.
3. Pokud jste v ordinaci nebo v laboratoři neobdrželi sběrnou nádobu, je pro sběr moči třeba použít čistou nádobu, nejlépe PET láhev, kterou je třeba uchovávat na chladném místě.
4. Moč transportujte do laboratoře / odběrové místnosti co nejrychleji.

Žádám o postoupení výsledků laboratorního vyšetření k: _____

Přiložte elektronické poštou emailov ou adresu:

Souhlas lékařství o podpis

Datum:

Podpis pacienta: