



**Státní zdravotní ústav**  
**Laboratoře Centra epidemiologie a mikrobiologie**  
**Národní referenční laboratoř pro AIDS**



Šrobárova 48, 100 42 Praha 10

Tel: 267 082 262, fax: 267 313 075, E-mail: [nrlaidslab@szu.cz](mailto:nrlaidslab@szu.cz)

Laboratoř akreditovaná ČIA pod č.1206.4 dle ČSN EN ISO/IEC 17025 a pod č.8002 dle ČSN EN ISO 15189

### **Průvodní list ke konfirmačnímu vyšetření HIV reaktivního vzorku**

**Zadavatel:**

Název a adresa:

Razítko:

Ulice/PSČ/Místo:

Kontaktní osoba:

Tel/Fax.:

E-mail:

IČZ:

Odbornost:

na tuto adresu účtovat vyšetření

**Vzorek pro konfirmační zkoušku:**

Č. lab. protokolu NRL AIDS:

Jméno, Příjmení event. kód pacienta:

Rodné číslo:

Pohlaví:

Země původu, adresa:

Diagnóza:

Pojišťovna:

Datum odběru:

Datum odeslání do NRL AIDS:

Dárce:  krve, tkání, buněk (vč. autotransfúze)\***Výsledky vyšetření provedené zadavatelem:**

Datum provedení	Název testu	Č.šarže	Exp.	Naměřená hodnota (OD)	Cut-off	S/CO
-----------------	-------------	---------	------	-----------------------	---------	------

Materiál: krev srážlivá  sérum  plasma 

Datum dodání do NRL AIDS:

Vzorek doručil:

Vzorek přijal:

**Ošetřující lékař** (chcete-li zaslat výsledek nebo účtovat vyšetření jinému subjektu):

Název a adresa:

Lékař.:

Tel.:

IČZ:

Odbornost:

na tuto adresu účtovat vyšetření

\* pro dárce platí ze zákona rozšířený postup pro konfirmační vyšetření