

Správně: ● Špatně: ✗

MIKROBIOLOGIE

POUKAZ NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Číslo pojistěnce:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum narození:

Pohlaví:

D	D	M	M	R	R
---	---	---	---	---	---

Muž Žena

POVINNÉ ÚDAJE
U CIZINCŮ
A POJIŠTŮVNÝ 333

Příjmení:

Titul:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jméno:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bydliště:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Povinný údaj u vzorku stolice a rektálního výtěru.

Diagnózy:

Počet vyšetření:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pojišťovna:

Plátce:

Klient uhradí na odběrovém místě

Fakturace ordinací

Výkony podléhající DPH viz zadní strana *1

Jmenovka lékaře, razítko, podpis, IČP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Odebral:

Datum a čas:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Odeslat výsledky klientovi na e-mail:

Na druhé straně vyplňte kontaktní údaje a podepište souhlas se zasláním.

Ano

OTOČTE

PREVEDIG

Laboratorně diagnostické centrum



PREVEDIG medical, s.r.o. Praha 8 - Bohnice, Poznaňská 461/34, IČ: 05616018, IČZ: 01069000

Zdravotnická laboratoř č. 8099 akreditovaná ČIA dle ČSN EN ISO 15189:2013

Seznam vyšetření v rozsahu akreditace na www.prevedig.cz

Citlivost	ATB terapie:	Autovakcína	Anamnestické údaje	Poznámky:
<input type="radio"/> Celková		<input type="radio"/> Orální	<input type="radio"/> Gravidita	
<input type="radio"/> Lokální		<input type="radio"/> Nosní kapky	<input type="radio"/> Návrat ze zahraničí	

Respirační infekce	Infekce GIT	Infekce urogenitálního traktu	Ostatní klinický materiál
Základní vyšetření včetně N. meningitidis	Základní vyšetření včetně Salmonella, Campylobacter, Yersinia, Shigella (u dětí do 2 let včetně EPEC E. coli)	Základní vyšetření včetně Gardnerella vaginalis, Neisseria gonorrhoeae a mykologie	Základní vyšetření včetně mykologie * Doplněte lokalitu u označených metod:
<input type="radio"/> Krk	<input type="radio"/> Rektální výtěr	<input type="radio"/> Vagina	<input type="radio"/> Ucho Pravé - vnější
<input type="radio"/> Nos	Doplňková vyšetření	<input type="radio"/> Vulva	<input type="radio"/> Ucho Pravé - střední
<input type="radio"/> Tonsilla	<input type="radio"/> Mykologie	<input type="radio"/> Cervix	<input type="radio"/> Ucho Levé - vnější
<input type="radio"/> Nosohltan	<input type="radio"/> Enteropatogenní E. coli	<input type="radio"/> Uretra	<input type="radio"/> Ucho Levé - střední
<input type="radio"/> Larynx	<input type="radio"/> Vibrio cholerae	<input type="radio"/> Ejakulát	<input type="radio"/> Stěž z (doplněte):
<input type="radio"/> Sputum (+ kvasinky)	Kontrola po léčbě	<input type="radio"/> Prostatický sekret	
Doplňková vyšetření	<input type="radio"/> Shigella	<input type="radio"/> IUD	
<input type="radio"/> Mykologie	<input type="radio"/> Salmonella	Doplňková vyšetření	<input type="radio"/> Oko pravé *
<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> Campylobacter	<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> Oko levé *
Cílený průkaz	Cílený průkaz Ag ve stolici	<input type="radio"/> Anaeroby	<input type="radio"/> Rána *
<input type="radio"/> Neisseria gonorrhoeae	<input type="radio"/> Clostridium difficile + tox	<input type="radio"/> Aktinomykóza	<input type="radio"/> Absces *
<input type="radio"/> Corynebacterium diphtheriae	<input type="radio"/> Clostridium difficile (kultiv.)	<input type="radio"/> MOP	<input type="radio"/> Dekubitus *
<input type="radio"/> Bordetella pertussis/parap.	<input type="radio"/> Noroviry	<input type="radio"/> Mikroskopie	<input type="radio"/> Punktát *
	<input type="radio"/> Rotaviry, adenoviry	Cílený průkaz	<input type="radio"/> Hnis *
Močové infekce	<input type="radio"/> Helicobacter pylori	<input type="radio"/> GBS	<input type="radio"/> Píštěl *
Základní vyšetření	Parazitologické vyšetření	Alergie na penicilin: <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Exsudát *
<input type="radio"/> Moč (střední proud)	<input type="radio"/> Stolice ☞	<input type="radio"/> Chlamydia trachomatis (Ag) ♀ ♂	<input type="radio"/> Bércový vřed
<input type="radio"/> Cévkovaná		<input type="radio"/> Mycoplasma hominis a Ureaplasma urealyticum ♀ ♂	<input type="radio"/> Perineum
<input type="radio"/> PMK	Mykologické vyšetření - průkaz dermatofytů	<input type="radio"/> Trichomonas vaginalis mikroskopicky (nátěr na sklíčko)	<input type="radio"/> Kanyla
<input type="radio"/> Uricult	Základní vyšetření včetně mikroskopie		<input type="radio"/> Katetr
Doplňková vyšetření	* Doplněte lokalitu a případně druh zvířete v domácnosti u označených metod:	Hemokultivace	<input type="radio"/> Drén
<input type="radio"/> Mykologie		Čas odběru: Lokalita odběru:	<input type="radio"/> Dutina ústní
<input type="radio"/> MRSA			<input type="radio"/> Jazyk
Cílený průkaz		<input type="radio"/> Hemokultura	Doplňková vyšetření
<input type="radio"/> Neisseria gonorrhoeae ♀ ♂	<input type="radio"/> Kožní šupiny *		<input type="radio"/> MRSA
<input type="radio"/> Chlamydia trachomatis (Ag) ♀ ♂	<input type="radio"/> Nehet *		<input type="radio"/> Anaeroby
<input type="radio"/> Mycoplasma hominis a Ureaplasma urealyticum ♀ ♂			

☞ Výtěr/Stěr - Tampon s transportním médiem

☞ Sterilní močová zkumavka

☞ Sputovka

☞ Speciální odběrový systém viz www.prevedig.cz

☞ Petriho miska / Sterilní zkumavka

☞ U těchto vyšetření je možné použít více odběrůvých souprav viz barevné označení.

♀ - Stěr krk, vagina a rektum (vyšetření z moči není průkazné)

♂ - Moč (první proud) stěr uretra (MHUU), stěr krk, uretra, rektum, moč (CT/NG)

☞ Vyšetření provede smluvní laboratoř.

Molekulární diagnostika - Průkaz infekčních agens metodou PCR

Indikované odběry + samoplátci

- **SARS-Cov-2; Influenza A, B; RSV - Standart** (do druhého dne)
Stěr z nosohltanu, slina
Cena: 814 Kč
- **SARS-Cov-2; Influenza A, B; RSV - Expres** (do 12 h od odběru)
Stěr z nosohltanu, slina
Cena: 1990 Kč
- **Bordetella pertussis, B. parapertussis - multiplex**
Stěr z nosohltanu, sputum
Cena: 1250 Kč
- **Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae - multiplex** ♀ ♂
Stěr vagína, stěr uretry, stěr ze spojivek, krku, recta, z moči pouze muži (první proud)
Cena: 1250 Kč
- **HCV průkaz virové RNA**
Krev - sérum
Cena: 2500 Kč
- **HBV průkaz virové DNA**
Krev - sérum
Cena: 2500 Kč

Pouze samoplátci (indikované odběry zajistíme ve smluvní laboratoři)

- **STD1: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium - multiplex** ♀ ♂
Stěr vagína, stěr uretry, stěr ze spojivek, krku, recta, z moči pouze muži (první proud)
Cena: 1250 Kč
- **STD2: Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum - multiplex** ♀ ♂
Stěr vagína, stěr uretry, z moči pouze muži (první proud)
Cena: 1250 Kč
- **STD3: Trichomonas vaginalis** ♀ ♂
Stěr vagína, stěr uretry, z moči pouze muži (první proud)
Cena: 890 Kč
- **STD4: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Trichomonas vaginalis** ♀ ♂
Stěr vagína, stěr uretry, stěr ze spojivek, krku, recta, z moči pouze muži (první proud)
Cena: 2250 Kč
- **HPV high risk**
Stěr z cervixu, uretry, krku, recta
Cena: 2200 Kč
- **Chlamydia pneumoniae** ⇨
Stěr z nosohltanu, krku, nosu, sputum
Cenu určuje smluvní laboratoř.
- **Mycoplasma pneumoniae** ⇨
Stěr z nosohltanu, krku, nosu, sputum
Cenu určuje smluvní laboratoř.
- **HIV-1 průkaz virové RNA**
Plná krev
Cena: 1690 Kč

Kdy se nechat testovat na sexuálně přenosné choroby?

- Mám nového partnera
- Mám více sexuálních partnerů a od posledního testování uplynulo více než 3-6 měsíců
- Rizikový sexuální styk
- Mám příznaky svědčící na STD

Aby byl výsledek vyšetření co nejjistější, berte do úvahy inkubační dobu jednotlivých onemocnění (doba od potenciální nákazy k výskytu příznaků onemocnění) a pokud nemáte příznaky, jděte na test až po jejím uplynutí.

Odborné telefonické konzultace:

Tel.: 270 003 262, 270 003 260

Po–Pá: 8:00–16:00

- ♀ - Stěr krk, vagína a rektum (vyšetření z moči není průkazné)
- ♂ - Moč (první proud) stěr uretra (MHUU), stěr krk, uretra, rektum, moč (CT/NG)

VACUETTE červená

VACUETTE fialová K3EDTA

Výtěr/Stěr - Tampon s transportním médiem

Sterilní močová zkumavka

Sputovka

Petriho miska / Sterilní zkumavka

Speciální odběrový systém viz www.prevedig.cz

U těchto vyšetření je možné použít více odběrových souprav viz barevné označení.

⇨ Vyšetření provede smluvní laboratoř.

*1 Pokud nezaškrtnete toto políčko, bude tento výkon osvobozený od daně dle § 58 Zákona č. 235/2004 Sb., o DPH. Podpisem níže potvrzujete, že vyšetření je za účelem diagnostikování či léčení nemoci a zdravotních obtíží nebo jejich předcházení.

Souhlas klienta

○ S odesláním výsledků elektronicky

Souhlasím s tím, aby mi byl prostřednictvím **SMS** a **e-mailu** zaslán odkaz na datové úložiště společnosti PREVEDIG medical, s.r.o. a aby mi tím byl umožněn dálkový přístup k mým výsledkům laboratorních vyšetření. Jejich vyzvednutí je podmíněno zadáním mého unikátního hesla, které obdržím v SMS. Heslo ochráním před zneužitím jinou osobou. Svůj souhlas uděluji v souladu s ustanovením zák. č. 101/2000 Sb. v platném znění a rovněž tak v souladu s NARIŽENÍM EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů, GDPR) ke zpracování poskytnuté emailové adresy a telefonního čísla společností PREVEDIG medical, s.r.o., IČ 05616018, se sídlem v Praze 8, Poznaňská 461/34, za účelem zaslání sdělení prostřednictvím elektronických prostředků, tedy prostřednictvím emailových nebo SMS zpráv.

○ S preventivním vyšetřením v režimu samoplátce

Pro účely osvobození od daně dle § 58 Zákona č. 235/2004 Sb., o DPH, svým podpisem níže potvrzuji, že důvodem vyšetření je diagnostikování či léčení nemoci a zdravotních obtíží nebo jejich předcházení. Jsem si vědom/a důsledků nepravdivého tvrzení.

Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji, že jsem byl řádně seznámen s postupem vyšetření. Všem informacím jsem porozuměl a s postupem souhlasím.

Mobilní telefon klienta:

E-mail klienta:

Datum:

Podpis klienta:

PREVEDIG

Laboratorně diagnostické centrum

E-mail: helpdesk@prevedig.cz
Tel.: 270 005 895

www.prevedig.cz