

ŽÁDANKA NA PRŮKAZ GENOMU HIGH RISK HPV

(detekce virů typu 16 a 18 a skupiny virů 31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68)

19/11 TG

Příjmení a jméno pacienta:		Číslo pojištění (rodné číslo)		Pojišťovna
Datum odběru	Čas odběru	Lokalizace	<input type="checkbox"/> cervix <input type="checkbox"/> jiné: _____	Diagnóza
Adresa pacienta				
Další sdělení (klinický nález, cytologie, kolposkopie, lokalizace)				

Razítko a podpis lékaře	Odbornost lékaře	<input type="checkbox"/> 603 <input type="checkbox"/> jiná _____
-------------------------	------------------	---



GYNEKO spol. s r.o. Vám děkuje za spolupráci.

Odběr a zaslání biologického materiálu	
Typ vzorku (biologický materiál)	výtěr z cervixu na papilomaviry
Doporučená sterilní odběrová souprava	odběrová souprava Cobas PCR cell collection media
Teplota úschovy do transportu	15 - 30 °C
Teplota a maximální doba transportu / skladování	15 - 30 °C do 6 týdnů
Poznámka	průkaz genomu genovou sondou (specif. DNA)

Laboratorní číslo, převzetí vzorku
(vyplní laboratoř)