NRC pre prevenciu HIV/AIDS: Lab. č.:

 Dátum a čas príjmu vzorky: Prevzal:

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

**Žiadosť o KONFIRMAČNÉ VYŠETRENIE na HIV**

 *Adresa pracoviska:*SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava

*Adresa laboratória:* **NRC pre HIV/AIDS, Limbová 14**

 **833 03 Bratislava**

 <http://www.walki.sk/hiv-aids/>

 e-mail: danica.stanekova@szu.sk

 tel.: 0948 982 072, 0948 981 842

|  |
| --- |
| **Žiadateľ o konfirmačné vyšetrenie** (laboratórium)**:** |
| Priezvisko a meno:  |
| Adresa:  |
| kód PZS: kód lekára: |
| tel. číslo: e-mail: |

|  |
| --- |
| **Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti** (lekár požadujúci vyšetrenie)**:** |
| Priezvisko a meno: |
| Adresa:  |
| kód PZS: kód lekára: |
| tel. číslo: e-mail: |

|  |
| --- |
| **Informácie o pacientovi:** |
| **Priezvisko a meno/kód: pohlavie:**  |
| **Rodné číslo: národnosť:**  |
| **Diagnóza: odídenec z Ukrajiny : áno / nie** *ak áno, doložte prosím, kópiu dokladu žiadosti o dočas.útočisko* |
| **Zdravotná poisťovňa: HIV infekcia potvrdená v minulosti: áno / nie**  |
| **Dátum a čas odberu: liečba ART : áno / nie** |
| **Vzorka vyšetrená na teste/*názov:*** |
|  ***šarža:*** |
|  ***expirácia:*** |
|  **OD vzorky: OD *cut-off*: OD PC:** |
| **Druh zaslanej vzorky** (označte krížikom): **sérum** \_\_ **plazma** \_\_ **plná krv v citráte, EDTA** \_\_ |
| **Dátum odoslania vzorky:** |

Svojím podpisom potvrdzujem, že podmienky odberu a transportu vzorky boli dodržané tak ako je to uvedené v „Pokynoch k žiadosti o konfirmačné vyšetrenie na odber a transport vzorky“ vypracované NRC pre prevenciu HIV/AIDS*.*

**Podpis zodpovedného pracovníka:**