

**Laboratoř alergologie a klinické imunologie, plicní odd., 20. pav., tel.: 577552633**  
 Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Havlíčkovo náměstí 600, Zlín 762 75  
 www.kntb.cz/zadanky-imunologie

**NELZE ODEBÍRAT V PÁTEK A DEN PŘED STÁTNÍM SVÁTKEM**

<b>Pacient ( Jméno a příjmení):</b>	Diagnóza:
Číslo pojištěnce:	Pojišťovna:
Pohlaví: Muž <input type="checkbox"/> / Žena <input type="checkbox"/>	Primární vzorek: Periferní krev

<b>Žadatel (Lékař) :</b>	IČP:
Pracoviště:	Odbornost:
Odběr provedl:	Razítko a podpis:
Datum a čas odběru:	

**Důvod provedení testu:**

kontakt s aktivní TBC:     
  rodinný     
  pracovní     
  jiný: .....

biologická léčba

suspektní TBC (podle rtg nálezu):     
  ANO     
  NE

suspektní TBC (podle symptomů):     
  ANO     
  NE

**TBC v osobní anamnéze:**

<input type="checkbox"/> bakteriologicky ověřená: <input type="checkbox"/> jen mikroskopicky <input type="checkbox"/> kultivačně ( <i>M. tuberculosis</i> , <i>M. bovis</i> ) <input type="checkbox"/> mykobakterióza ( <i>M. kansasii</i> , <i>M. marinum</i> , <i>M. szulgai</i> )	<input type="checkbox"/> průkaz DNA/RNA komplexu <i>M. tuberculosis</i> <input type="checkbox"/> bakteriologicky neověřená <input type="checkbox"/> histologicky ověřená
---	--

**Terapie základními antituberkulotiky:**       ANO       NE

Pokud ano, od kdy (datum):..... její trvání:.....

**Imunodeficiencie, terapie léky s imunodef. účinkem:**

Přípravek: ..... od..... do.....

**BCG vakcinace:**     ANO       NE

Pokud šlo o mimořádnou vakcinaci (mimo pravidelné očkování): Datum: ..... Důvod:.....

**Test Mantoux II:**     ANO       NE

V minulosti (není myšleno provedení testu v rámci pravidelného očkování podle očkovacího kalendáře) – Datum: .....

V posledním roce – datum: ..... hodnota: .....

**Další informace důležité pro hodnocení výsledku testu:**  
 (např. jiná onemocnění, pracovní anamnéza – riziko TBC, TBC v rodinné anamnéze atp.)