

PŘÍJMENÍ A JMÉNO PACIENTA		<input type="checkbox"/> ŽENA <input type="checkbox"/> MUŽ		ČÍSLO POJIŠTĚNCE / RČ / DATUM NAROZENÍ	POJIŠŤOVNA	SAMOPLÁTCE
						<input type="checkbox"/> ANO

MÍSTO ODBĚRU A POČET VZORKŮ	D2:	D3:	D4:	JEJUNUM:	DATUM A ČAS ODBĚRU	
-----------------------------	-----	-----	-----	----------	--------------------	--

KLINICKÁ DIAGNÓZA		KLINICKÉ ÚDAJE					
<input type="checkbox"/>	susp. MAS / alaktázie	<input type="checkbox"/>	dyspepsie	<input type="checkbox"/>	m. Duhring	<input type="checkbox"/>	DM 1. typu
<input type="checkbox"/>	susp. celiakální sprue	<input type="checkbox"/>	průjmy	<input type="checkbox"/>	atopie	<input type="checkbox"/>	thyreopatie
<input type="checkbox"/>	kontrolní biopsie po bezlep. dietě v délce měs.	<input type="checkbox"/>	neprospívání	<input type="checkbox"/>	ekzémy	<input type="checkbox"/>	celiakie v RA / sourozence
<input type="checkbox"/>	kontrolní biopsie bez bezlepkové diety	<input type="checkbox"/>	hubnutí	<input type="checkbox"/>	herpes, afty	<input type="checkbox"/>	hypo IgA
jiná dg.:		<input type="checkbox"/>	anemie	<input type="checkbox"/>	polyvalentní alergie	<input type="checkbox"/>	jiné autoimunní onemocnění
		jiné:					

VÝSLEDKY SEROLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ (zaškrtněte)						
tTG – protilátky proti tkáňové transglutamináze	IgA				neprovedeno	
	IgG				neprovedeno	
EMA – protilátky proti endomyziu	negativní	hraniční	pozitivní	neprovedeno		
AGA – protilátky proti gliadinu	negativní	hraniční	pozitivní	neprovedeno		
HLA DQ2 / DQ8	negativní		pozitivní		neprovedeno	

IDENTIFIKACE ODESÍLAJÍCÍHO ZAŘÍZENÍ

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

DATUM A ČAS PŘÍJMU DO LABORATOŘE	PŘIJAL