



ŽÁDANKA

PRO LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ POTRAVINOVÝCH INTOLERANCÍ
KLIENT SI HRADÍ ODBĚR A SVOZ VZORKU PŘÍMO NA POBOČCE, CENA JE 100 Kč.

KLIENT

Jméno a příjmení :.....
Datum narození:.....
Rodné číslo:.....
Podpis:.....

Pohlaví: žena/muž

Kontakt/adresa pro zaslání výsledků:

PRIMÁRNÍ VZOREK

- nesražená periferní krev v EDTA*
***fialová vakueta, nesražená periferní krev**

KOORDINÁTOR/PORADCE:

Datum odběru/čas odběru:.....

LABORATORNÍ TESTY - POTRAVINOVÉ INTOLERANCE

- BALÍČEK A**
vejce bílek, vejce žloutek, kravské mléko, kozí mléko, kasein, vepřové, kuřecí, krutí, skopové, telecí, treska losos, tuňák, bílé ryby, krab, krevety, slávka, káva, kakao, zázvor
- BALÍČEK B**
pšenice, oves, rýže, kukuřice, gluten, kvasnice, jablko, maliny, hroznové víno, pomeranč, citrón, grapefruit, mango, ananas, banán, vodní meloun, žlutý meloun, datle, olivy, zelený pepř
- BALÍČEK C**
mandle, kokosový ořech, kešu, kaštan, arašíd, sója, fazole, čočka, dýně, okurka, červená paprika, rajče, brokolice, špenát, žampion, mrkev, celer, brambory, cibule, česnek
- BALÍČEK D**
vejce, kravské mléko, pšenice, kukuřice, rýže, sója, arašíd, sezam, kreveta, krab, treska, vepřové, rajče, brambor, mrkev, pomeranč, kiwi, jahoda, banán, jablko

GENETICKÉ TESTY (NUTNO VYPLNIT INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENET. VYŠETŘENÍM!)

- Laktózová intolerance
 Céliakie/stanovení vybraných alel HLA systému

LABORATOŘ

Vzorek přijal:.....
Datum/čas:
Podpis:.....

LIČ/I:

ČÍSLO TESTU:

DATUM ZPRACOVÁNÍ: