

	ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ IMUNOGENICITA		Druh primárního materiálu: <input type="checkbox"/> plná krev <input type="checkbox"/> punktát <input type="checkbox"/> sérum <input type="checkbox"/> likvor	Lab. číslo, datum:
	Oddělení klinické imunologie – laboratoř klinické imunologie Revmatologický ústav, Na Slupi 4, 128 50 Praha 2 ☎ 234 075 322, 341 imun@revma.cz			
Pacient (příjmení, jméno, titul):		Adresa:	Identifikace lékaře (Razítko, IČZ a odbornost, adresa, telefonní číslo, jméno, podpis)	
Číslo pojištěnce:				
Pojišťovna:	Diagnóza:	Pohlaví:		
Datum a čas odběru, identifikace odebírající sestry:				

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADA | Hladina léku – ADALIMUMAB |
| <input type="checkbox"/> Anti ADA | Protilátky proti adalimumabu |
| <input type="checkbox"/> IFX | Hladina léku – INFLIXIMAB |
| <input type="checkbox"/> Anti IFX | Protilátky proti infliximabu |
| <input type="checkbox"/> ETN | Hladina léku – ETANERCEPT |
| <input type="checkbox"/> Anti ETN | Protilátky proti etanerceptu |