

Úsek lékařské mikrobiologie CL SNO



Olomoucká 86, Opava www.nemocnice.opava.cz tel. : IČO: 47813750

laboratorní číslo

číslo pojistěnce	příjmení	jméno	titul
zdr.poj.	diagnóza	adresa	
datum a čas odběru		razítko a podpis žádajícího	
léčba ATB			

BAKTERIOLOGIE

TEKUTÝ MATERIÁL

Moč - střední proud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moč - cévka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moč - permanentní katetr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moč - ureterální katetr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moč - nefrotický drén	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moč - URICULT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktát - dutina hrudní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktát - dutina kloubní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktát jiný:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žluč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tracheální <input type="checkbox"/> z bronchu <input type="checkbox"/>		
jiný:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hnis z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekret z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiný:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likvor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mikr.+kultivace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
latexová aglutinace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
str. pneumoniae Ag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STĚR/VÝTĚR

Výtěr z rekta - standard (st)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr z rekta - st + cílená kultivace:		
klostridia	<input type="checkbox"/>	vibrio <input type="checkbox"/>
kampylobakter	<input type="checkbox"/>	yersinie <input type="checkbox"/>
Výtěr z tonsil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr z nosu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr z jazyka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr z dut. ústní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr tracheostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr z ucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr ze spojivek:		
OS <input type="checkbox"/>	OD <input type="checkbox"/>	
Výtěr z uretry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výtěr z pochvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stěr/výtěr	<i>upřesněte lokalitu</i>	
defekt	<input type="checkbox"/>
dekubit	<input type="checkbox"/>
rána	<input type="checkbox"/>
kůže	<input type="checkbox"/>
jiný	<input type="checkbox"/>

HEMOKULTURA (aero.+ anaero.)

periferní žíla	I. <input type="checkbox"/>	II. <input type="checkbox"/>	III. <input type="checkbox"/>
centrální žilný katetr	I. <input type="checkbox"/>	II. <input type="checkbox"/>	III. <input type="checkbox"/>
arterie	I. <input type="checkbox"/>	II. <input type="checkbox"/>	III. <input type="checkbox"/>
jiná:			
Stěr z kůže před hemokulturou	<input type="checkbox"/>		
KATETR			
venozní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
centrální žilný	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arteriální	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jiný:.....			
MRSA screening			
výtěr krk,nos,perineum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GBS screening			
ženy-výtěr z pochvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
novorozenci-axila,ucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JEDNÁ-LI SE O:

(prosím vyznačte)

<input type="checkbox"/>	perioperační odběr	<input type="checkbox"/>	návrat z ciziny	<input type="checkbox"/>	předoperační vyšetření
--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------

JINÝ MATERIÁL:

(upřesněte materiál a lokalitu)

PITEVNÍ MATERIÁL:

(upřesněte materiál a lokalitu)

INFEKČNÍ SEROLOGIE

STOLICE

Noroviry - Ag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clostr. difficile - Ag+toxin A/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOČ		
Strept. pneumoniae - Ag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legion. pneumoniae - Ag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STĚR Z NOSOHLTANU		
Chřipka A/B screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÉRUM

Virus klíš. Encefalitidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumobact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listerioza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tularemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruceloza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bordetella pertussis a paraptussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MYKOLOGIE

Šupiny z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stěr/výtěr z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protilátky: Candida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspergillus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryptococcus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiný.....		

DIAG. MYKOBAKTERIÍ

Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirát bronchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiný		

PŘECITLIVĚLOST NA LÉKY:

(uved'te názvy zasílaných léků)

.....