


Datum odběru: Čas odběru:	Mikrobiologická žádanka - bakteriologie		Evidenční číslo OLM		
	Příjmení a jméno				
Primární vzorek odebral:	Identifikační číslo*	žena	muž		
 Oddělení laboratorní medicíny Středomoravská nemocnice Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov email: olm@npv.agel.cz; zel. linka: 800 172 830 web: laborator.nemsne.cz	Adresa pacienta		Zdravotní pojišťovna:	Diagnózy:	
	Razítko a podpis lékaře, oddělení		ATB terapie:		
Výsledky chci zaslat: elektronicky <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/>			Návrat z ciziny (země):		

BAKTERIOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ

STĚRY - ZÁKLADNÍ KULTIVACE + ATB citlivost**

Krk	<input type="checkbox"/>	Oko	<input type="checkbox"/>	Rectum	<input type="checkbox"/>
Nos	<input type="checkbox"/>	Kůže	<input type="checkbox"/>	Perineum	<input type="checkbox"/>
Dutina ústní	<input type="checkbox"/>	Kůže před hemokulturou	<input type="checkbox"/>	Pochva	<input type="checkbox"/>
Jazyk	<input type="checkbox"/>	Rána	<input type="checkbox"/>	Uretra	<input type="checkbox"/>
Ucho	<input type="checkbox"/>	Jiný stěr	<input type="checkbox"/>	Cervix	<input type="checkbox"/>

Další požadavky z výše uvedených stěrů

Kvasinky	<input type="checkbox"/>	N. gonorrhoeae	<input type="checkbox"/>	Yersinie sp.	<input type="checkbox"/>
Plísňe	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae	<input type="checkbox"/>
C. diphtheriae	<input type="checkbox"/>	Ureaplasma urealyticum	<input type="checkbox"/>	S.aureus (stolice)	<input type="checkbox"/>
B. pertussis/parapertussis	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis Ag	<input type="checkbox"/>	Listeria sp. (stolice)	<input type="checkbox"/>
N. meningitidis	<input type="checkbox"/>				

BIOLOGICKÝ MATERIÁL - ZÁKLADNÍ KULTIVACE + ATB citlivost**

Moč	<input type="checkbox"/>	Sputum	<input type="checkbox"/>	Stolice	<input type="checkbox"/>	Hnis	<input type="checkbox"/>
Ejakulát	<input type="checkbox"/>					Aspirát	<input type="checkbox"/>
						Punktát	<input type="checkbox"/>
Další požadavky z výše uvedených biologických materiálů						Drén	<input type="checkbox"/>
Mycoplasma hominis	<input type="checkbox"/>	Legionella sp.	<input type="checkbox"/>	Rotaviry a adenoviry	<input type="checkbox"/>	Kanyla	<input type="checkbox"/>
Ureaplasma urealyticum	<input type="checkbox"/>	Anaerobní kultivace	<input type="checkbox"/>	Noroviry	<input type="checkbox"/>	Hemokultury	<input type="checkbox"/>
Chlamydia trachomatis Ag.	<input type="checkbox"/>	Nokardie	<input type="checkbox"/>	C.difficile (Ag+toxiny)	<input type="checkbox"/>	Specifikujte lokalitu	
Legionella pn. (moč)	<input type="checkbox"/>	Mikroskopie Z-N	<input type="checkbox"/>	Stand parazitologie	<input type="checkbox"/>	IUD	<input type="checkbox"/>
Str. pneumoniae (moč)	<input type="checkbox"/>	(TBC, mykobakteriózy)		Enterobióza (Iepex)	<input type="checkbox"/>	Žluč	<input type="checkbox"/>
						Likvor	<input type="checkbox"/>
						Jiné	<input type="checkbox"/>

Jakékoliv další požadavky ze stěrů nebo biologického materiálu

Pitevní materiál

Kvasinky	<input type="checkbox"/>	Citlivost kvantitavní MIC	<input type="checkbox"/>	Tkáň z
Plísňe	<input type="checkbox"/>	Antigeny likvor	<input type="checkbox"/>	Stěr z
MOP (pochva)	<input type="checkbox"/>	Tkáňové parazitózy	<input type="checkbox"/>	Jiné

Jiná sdělení či požadavky na vyšetření:

* Pokud není přiděleno standardní identifikační číslo, uveďte i datum narození pacienta.

** ATB citlivost je prováděna jen u potenciálních patogenů.



