

Pojišťovna:	IČZ:	Odběr		Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě Centrum klinických laboratoří Oddělení bakteriologie a mykologie Laboratoř bakteriologie Brno Gorkého 6, 602 00 Brno tel.: 541 217 133 www.zuova.cz
	ODBORNOST:			
ŽÁDANKA O BAKTERIOLOGICKÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ				
Pacient jméno a příjmení		Základní diagnóza		Odesílatel: razítko, podpis
Pohlaví:	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž			
Číslo pojištěnce:		Ostatní diagnózy		
Adresa pacienta:				
Terapie:				
MATERIÁL:				
<input type="checkbox"/> výtěr z krku/tonsil	<input type="checkbox"/> výtěr z pochvy *	<input type="checkbox"/> stěr z rány		
<input type="checkbox"/> výtěr z nosu	<input type="checkbox"/> výtěr z cervixu *	<input type="checkbox"/> hnis		
<input type="checkbox"/> sputum	<input type="checkbox"/> výtěr z uretry *	<input type="checkbox"/> punktát		
<input type="checkbox"/> moč cevkováná	<input type="checkbox"/> MOP – mikroskopie	<input type="checkbox"/> krev/hemokultura		
<input type="checkbox"/> moč necévkovaná	<input type="checkbox"/> výtěr spojivky	<input type="checkbox"/> jiný materiál		
<input type="checkbox"/> ejakulát	<input type="checkbox"/> výtěr z ucha			
<input type="checkbox"/> výtěr z rekta	<input type="checkbox"/> stěr z kůže			
BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ: (kultivace + citlivost)				
<input type="checkbox"/> mikroskopie	<input type="checkbox"/> kapavka (GO)	* u materiálu označeného * je aerobní vyšetření včetně kultivace na gardnerelu a kvasinky		
<input type="checkbox"/> kultivace aerobní *	<input type="checkbox"/> urogenitální mykoplasmata			
<input type="checkbox"/> kultivace anaerobní	<input type="checkbox"/> chlamydie			
<input type="checkbox"/> jiná vyšetření	<input type="checkbox"/> screening <i>S.galactiae</i>			
<input type="checkbox"/> jiné údaje	<input type="checkbox"/> trichomonády – mikroskopie/kultivace			
	<input type="checkbox"/> autovakcína			