

ŽÁDANKA O BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ
Partyzánské náměstí 7, 702 00 Ostrava, www.zuova.cz, tel.: 596 200 111 (kl. 220), IČZ: 91 866 000
Centrum klinických laboratoří – oddělení BAKTERIOLOGIE A MYKOLOGIE
zdravotnická laboratoř č. 8014 akreditovaná ČIA dle ČSN EN ISO 15189:2013



Příjmení, jméno pacienta:

Bydliště:

Číslo pojištěnce: _____ / _____ Kód pojišťovny: _____ Muž Žena

Základní diagnóza: _____ Ostatní diagnózy: _____

Čas odběru (hh.mm): __ : __ Datum odběru (dd/mm/rrrr): _____

Léčba ATB: _____ Vzorek: _____

Odebral: _____ Hospitalizovaný pacient: ANO

Požadované vyšetření:

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

- Kultivační s vyšetřením citlivosti
- toxiny A, B *Clostridium difficile* (stolice)
- antigen *S. pneumoniae* (moč)
- antigen *S. agalactiae* (moč)
- kultivace *S. agalactiae* - vyloučení GBS

- Molekulárně biologická vyšetření
 - DNA *N. meningitidis* DNA *H. influenzae*
 - DNA *S. pneumoniae* DNA *S. agalactiae*
 - DNA *L. monocytogenes* DNA *E.coli*

- Jiné (uveďte): _____

Vyšetření požaduje:

Razítko s adresou a podpis lékaře:

IČZ / IČP: _____

Odbornost: _____

Telefon: _____