

Číslo vyšetření: (nevyplňuje)

# ŽÁDANKA O MYKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



**ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ**  
Partyzánské náměstí 7, 702 00 Ostrava, www.zuova.cz, tel.: 596 200 111 (kl. 357), IČZ: 91 866 000  
**Centrum klinických laboratoří – oddělení BAKTERIOLOGIE A MYKOLOGIE**  
zdravotnická laboratoř č. 8014 akreditovaná ČIA dle ČSN EN ISO 15189:2013



M 8014

**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:

## Požadované vyšetření:

### Kultivační a mikroskopická vyšetření:

- mikroskopické
- kultivační
- citlivost na ATM

### průkaz *Pneumocystis jiroveci*

- mikroskopicky
- mikroskopicky + PCR

### Zánětlivé markery

- presepsin (sérum, srážlivá krev)

### Sérologická a molekulárně biologická vyšetření:

#### průkaz antigenů a DNA

- Aspergillus* sp. (galaktomannan) - ELISA (sérum, BAL)
- Cryptococcus neoformans* (likvor, sérum)
- $\beta$  1,3 d glucan
- Mucor*-mycety - PCR-HRMA (BAT, tkáň)

#### průkaz protilátek

- Aspergillus fumigatus* - ELISA
- Aspergillus fumigatus* - avidita IgG
- Candida albicans* - ELISA

**Vyšetření požaduje:**

IČZ / IČP: \_ \_ \_ \_ \_

Odbornost: \_ \_ \_

Telefon:

**Razítko s adresou a podpis lékaře:**