

Číslo vyšetření: (nevyplňuje)

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ MYKOBAKTERIÁLNÍHO KMENE



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



M 8014

Odesílatel vzorku pacienta, včetně IČZ:

Odesílatel mykobakteriálního kmene:

Příjmení a jméno pacienta:

Vzorek:

Číslo pojištěnce: _ _ _ _ _ / _ _ _ _

Kód pojišťovny: _ _ _

Bydliště:

datum odběru:

Diagnóza: _ _ _ _ Muž Žena

Terapie AT:

protokol č.:

č. izolace:

Požadované vyšetření:

- Identifikace mykobateriálního kmene
- Stanovení citlivosti kmene in vitro na AT a CHT (základní řada)
- Další léky s antimykobakteriálním účinkem

Makroskopický popis primokultury:

půda:

půda:

půda :

Výsledky provedených vyšetření vzorku:

Přímá mikr.: metoda, výsl.:
Kult.: půda, počet dnů, výsledek:

1	2	3	4
metab. met.:	druh	doba	výsl.

Mikroskopický popis primokultury:

půda:

půda:

půda metab.:

Další důležité informace:

Datum a podpis odesílatele: