

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ VZORKU PACIENTA NA TBC A MYKOBAKTERIÓZY



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

Příjmení, jméno pacienta:

Bydliště:

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

Základní diagnóza: _ _ _ _ _ Ostatní diagnózy: _ _ _ _ _

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

Dispenzární skupina (u pacienta s TBC):

Terapie: (AT, ATB) (viz druhá strana):

Vzorek:

Kvant., kval.:
(nevyplňujte)

Datum dodání:

Požadované vyšetření:

- klasické metody (mikroskopie, kultivace)
- molekulární biologické vyšetření M.tbc complex
- urychlená metabolická kultivace

Vyšetření požaduje:

Razítko s adresou a podpis lékaře:

IČZ / IČP: _ _ _ _ _

Odbornost: _ _ _

Telefon:

Nynější onemocnění a anamnéza:

Trvání obtíží:

.....

.....

ATB, AT terapie (od):

.....

Terapie kortikoidy, imunosupresivy (od):

.....

Bylo provedeno vyšetření Ig? (výsledky):

.....

.....

.....

.....

Záznamy laboratoře: