ŽÁDANKA O MIKROBIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Vsetínská nemocnice

Oddělení lékařské mikrobiologie

Nemocniční 955, Vsetín 755 01, tel.: +420 571 818 285 (280)

PACIENT: **ŽADATEL:**

Jméno a příjmení: Rodné číslo (datum narození): Adresa:		Razítko lékaře, telefon, IČP: Kód pojišť.: / Kód Dg.: / Vedlejší Dg.:	
Datum a čas odběru **	** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	Datum a čas příjmu:	Údaje laboratoře:
DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi, pohlaví pokud není zřejmé ze jména, antimikrobní léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.)			

Kultivační bakteriologické vyšetření

VYŠETŘENÍ UROGENITÁLNÍHO TRAKTU
- ☐ Moč - střední proud
- ☐ Moč – cévkovaná
- ☐ Moč – nefrostomie
- ☐ Moč - z PMK
- ☐ URICULT
- ☐ MOP (Gram + Giemsa)
- ☐ Výtěr z pochvy
- ☐ Výtěr z pochvy - průkaz GBS
- ☐ Výtěr z uretry
- ☐ Výtěr z cervixu
- ☐ Sekret Bartoliniho žlázy
- ☐ Lochia
- ☐ Plodová voda
- ☐ Intrauterinní tělísko

VYŠETŘENÍ UCHA
- ☐ Výtěr ze zevního zvukovodu
- ☐ Materiál ze středního ucha
- ☐ Výtěr po paracentéze

VYŠETŘENÍ OKA
- ☐ Výtěr ze spojivky
- ☐ Výtěr z rohovkového vředu
- ☐ Chlamydia trachomatis (antigen)

HORNÍ CESTY DÝCHACÍ
- ☐ Výtěr z krku
- ☐ Výtěr z nosu
- ☐ Obsah paranas. dutin
- ☐ Stěr z jazyka
- ☐ Výtěr z dutiny ústní

DOLNÍ CESTY DÝCHACÍ
- ☐ Sputum
- ☐ Endotracheální aspirát
- ☐ Bronchiální aspirát
- ☐ Bronchoalveolární laváž
- ☐ Výtěr z tracheostomie

VYŠETŘENÍ ZAŽÍVACÍHO ÚSTROJÍ
- ☐ Stolice - běžné patogeny (vč. Campylobacter)
- ☐ Stolice (průkaz Yersinia sp.)
- ☐ Stolice (průkaz Vibria sp.)
- ☐ Stolice (HUS)
- ☐ Obsah žlučových cest
- ☐ Žaludeční obsah
- ☐ Výtěr z rekta

VYŠETŘENÍ RAN A HLUBOKÝCH DEFEKTŮ
- ☐ Výtěr z rány .....
- ☐ Výtěr z hlubokého defektu
- ☐ Dekubitus .....
- ☐ Bércový vřed .....
- ☐ Tkáň .....

VYŠETŘENÍ HNISU A OBSAHU DUTIN
- ☐ Hnis .....
- ☐ Hrudní punktát – empyém
- ☐ Pleurální tekutina
- ☐ Peritoneální dialyzát
- ☐ Ascites
- ☐ Kloubní výpotek .....
- ☐ Obsah Douglasova prostoru
- ☐ Obsah abscesu .....
- ☐ Píštěl .....

Údaje laboratoře:

VYŠETŘENÍ CNS

- ☐ Likvor - kult. vyšetření + mikroskopie
- ☐ Průkaz antigenů v likvoru (N.meningitidis, E.coli, S.pneumoniae, H.influenzae, S. agalactiae)

VYŠETŘENÍ CIZORODÉHO MATERIÁLU

- ☐ Močový katetr
- ☐ Kanyla (arteriální / venózní)
- ☐ Centrální žilní katetr
- ☐ Cévka
- ☐ Drén
- ☐ Implantát ……
- ☐ Jiné ……

PITEVNÍ MATERIÁL

- ☐ Tkáň ……
- ☐ Výtěr ……

PRŮKAZ ANTIGENU

- ☐ Antigen a toxin A/B Clostridium difficile (stolice)
- ☐ Rotaviry / Adenoviry (stolice)
- ☐ Noroviry (stolice)
- ☐ Astroviry (stolice)
- ☐ Enteroviry (stolice)
- ☐ Helicobacter pylori (stolice)
- ☐ Influenza A + B (výtěr z nosu)
- ☐ RSV/respirační adenoviry (výtěr z nosu)
- ☐ Streptococcus pneumoniae (moč)
- ☐ Legionella pneumophila (moč)
- ☐ Chlamydia trachomatis výtěr ……
- ☐ Chlamydia trachomatis moč muži ……
- ☐ Urogenitální mykoplazmata výtěr ……
- ☐ Urogenitální mykoplazmata moč ……

MYKOLOGICKÁ KULTIVACE

- ☐ Typ vzorku ……

MYKOBAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ (BK)

- ☐ Sputum
- ☐ Bronchoalveolární laváž
- ☐ Aspirát z DCD
- ☐ Moč
- ☐ Jiné ……
- ☐ Mikroskopie ……

- ☐ **PŘÍMÁ MIKROSKOPIE**

  ……

- ☐ **MRSA screening specifikace vzorku**

  ……

BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ KRVE

- ☐ Hemokultura aerobní / anaerobní
- ☐ Hemokultura pediatrická
- ☐ Kostní dřeň

1. čas ……; TT……°C; Místo odběru: ……; 1. stěr před odběrem ☐

2. čas ……; TT……°C; Místo odběru: ……; 2. stěr před odběrem ☐

3. čas ……; TT……°C; Místo odběru: ……; 3. stěr před odběrem ☐

UPOZORNĚNÍ PRO LABORATOŘ:

- ☐ Návrat ze zahraničí - země ……
- ☐ Kontakt s přenosným onemocněním ……
- ☐ Hemoragický průjem ……
- ☐ JINÉ ……

JINÉ:

Typ vzorku, lokalizace:

……

Požadované vyšetření:

Kritéria pro přijetí nebo odmítnutí vzorků jsou popsána v Laboratorní příručce OLM.