

PACIENT:		ŽADATEL: Razítko lékaře, telefon, IČP:		
Číslo pojištění:				
Adresa:		Kód pojišťovny:	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 rektu

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
- ☐ Céвка
- ☐ 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 mykoplasmata výtěr
- ☐ Urogenitální mykoplasmata 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 KRVĚ

- ☐ 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.