

Žádanka o bakteriologické vyšetření

Příjmení:.....Jméno.....

Číslo pojištěnce (R.Č.) :

Pohlaví:..... Pojišťovna:.....

Dg: Bydliště:.....

ATB, terapie

Odesílající odd., lékař:

Odběr provedl:

Datum a čas odběru:

V laboratoři přijato:

- krk
- nos, nosohltan
- tonsily
- larynx
- sputum BAL
- tracheální kanyla(výtěr)
- ucho
- oko
- paranasální dutiny
- stěr z rány
- hnis
- punktát (aspirát, ascites)
- kloubní punktát
- stěr z defektu
- mozk. mok
- hemokultura
- stěr na kvasinky
- cizorodý mat.
(cévky, drény, IUD, katetry...) upřesnit
- zluč
- pochva
- hrdlo děložní
- uretra
- sperma prostatický sekret
- GO
- pochva GBS
- mycoplasmata, ureaplasmata
- Douglas
- MOP
- Chlamydia trachomatis Ag
- HP - biopsie
- moč cévkovaná moč necévkovaná
- moč z PMK moč z nefrostomie
- moč na legionellu - Ag
- moč na pneumokoka - Ag
- výtěr z rektu
- stolice CL. difficile toxin A/B
- stolice na HP
- stolice na Adeno-Rotaviry
- stolice na Noroviry stolice na Astroviry
- Parazitologie**
- stolice na parazity
- roupi
- trichomonády

Sdělení odd. (lékaře) laboratoři:

Jiná vyšetření:

**Pozn: u stěrů, punktátů apd., upřesněte,
prosím, místo odběru!**

Razítko, IČZ, podpis lékaře