

## ŽÁDANKA NA MIKROBIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Oddělení klinických laboratoří - OKM Purkyňova 1849 Česká Lípa 470 01 Tel: +420 487 954 440 vladimir.fibiger@nemcl.cz

ID číslo	pojišťovna	ATB terapie	datum odběru	žadatel o vyšetření (jmenovka, IČP, podpis)
příjmení	pohlaví ** M / Ž věk ** ..... dat. narození** .....	adresa	čas odběru	
jméno, titul	kód diagnózy	.....	odebral	

Dýchací trakt	Klinický materiál	Gastrointestinální trakt	Sérologické vyšetření
výtěr z krku*	výtěr z ucha* (specifikovat) .....	výtěr z konečníku*	srážlivá krev
výtěr z nosu*	výtěr z oka*(specifikovat) .....	stolice Rota+Adenoviry (Ag)	Syphilis (RPR+TPHA)
sekret z bronchu*	výtěr z dutiny ústní*	stolice Noroviry (Ag)	
bronchoalveolární laváž*	stěr z rány* (specifikovat) .....	stolice Helicobac.pylori (Ag)	HEPATITIDA A
okolí tracheostomie*	hluboká <input type="checkbox"/> povrchní <input type="checkbox"/>	stolice Clostridium difficile (GDH a toxin A,B)	anti-HAV IgG anti-HAV IgM
výtěr z tracheostomie*	stěr z kůže*	stolice Yersinie	HEPATITIDA B
výtěr z nosohltanu*	stěr z bércového vředu*	Lepex (Graham)	HBsAg
sputum*	stěr z dekubitu*	<b>Hemokultury</b>	anti-HBs HBeAg anti-HBe anti-HBc celkové anti-HBc IgM
	stěr z píštěle*	stěr před hemokulturou* 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>	
<b>Urogenitální trakt</b>	punktát/hnis * z .....	hemokultura aerobní* 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HEPATITIDA C anti-HCV
moč* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stř.proud cévk. z katetru	punktát /hnis anaerobně* z .....		HEPATITIDA E anti-HEV IgG anti-HEV IgM
URICULT*	drén* (specifikovat) .....	čas	
průkaz antigenu St. pneumoniae v moči	katétra arteriální*	teplota	
průkaz antigenu Legionella v moči	katétra žilní* cžk <input type="checkbox"/> pžk <input type="checkbox"/>	hemokultura anaerobní* 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV 1+2 anti-EBV anti-CMV anti-Borrelia
výtěr z vagíny*			
výtěr z cervixu*	katétra* (specifikovat) .....	čas	
výtěr z uretry*	<b>Mozkomíšni mok</b>	teplota	<b>Westernblot</b>
ejakulát*	latexová aglutinace mikroskopie kultivace+ citlivost	místo vpichu 1. .... 2. .... 3. ....	WB Borrelie (afzelii+garinii)
GBS screening*			WB Chlamydia pneumon.
MOP	<b>Jiné.....</b>		WB Chlamydia trachom.
<b>Mykologické vyšetření</b>		hemokultura Peds*	WB Toxoplasma
<input type="checkbox"/> nehty <input type="checkbox"/> šupiny		čas ..... teplota.....	

Wyšetření metodou PCR
<input type="checkbox"/> Chřipka A,B (nosohltan)
<input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis (sputum)
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (Muži-moč/ Ženy-výtěr)
<input type="checkbox"/> Enteroviry (likvor)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (stolice)
<input type="checkbox"/> HCV (srážlivá krev)

čas příjmu	poznámky laboratoře
přijal	