

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ MYKOBAKTERIÁLNÍHO KMENE



ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ

Partyzánské náměstí 2633/7, Moravská Ostrava, 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

Odesílatel vzorku pacienta, včetně IČZ:

Odesílatel mykobakteriálního kmene:

Příjmení a jméno pacienta:

Vzorek:

Datum narození:

datum odběru:

Číslo pojištěnce: _ _ _ _ _ / _ _ _ _

protokol č.:

Kód pojišťovny: _ _ _ _

Bydliště:

č. izolace:

Diagnóza: _ _ _ _ Muž Žena

Terapie AT:

Požadované vyšetření:

- Identifikace mykobateriálního kmene
- Stanovení citlivosti kmene in vitro na AT a CHT (základní řada)
- Další léky s antimykobakteriálním účinkem

Makroskopický popis primokultury:

půda:

půda:

půda :

Výsledky provedených vyšetření vzorku:

Mikroskopický popis primokultury:

Přímá mikr.: metoda, výsl.:

půda:

Kult.: půda, počet dnů, výsledek:

půda:

1 2 3 4

půda metab.:

metab. met.: druh doba výsl.

Další důležité informace:

Datum a podpis odesílatele: