

# ŽÁDANKA O BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



**ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ**

Partyzánské náměstí 2633/7, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava

www.zuova.cz, tel.: 596 200 111, 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

**Příjmení, jméno pacienta:**

**Bydliště:**

**Datum narození:** \_ \_ \_ \_ \_

**Telefonní číslo:**

**Státní příslušnost:**

**Číslo pojištěnce:** \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_  
(resortní identifikátor pacienta)

**Kód pojišťovny:** \_ \_ \_ Muž  Žena

**Základní diagnóza:** \_ \_ \_ \_ \_

**Ostatní diagnózy:** \_ \_ \_ \_ \_

**Čas odběru (hh.mm):** \_ \_ : \_ \_

**Datum odběru (dd/mm/rrrr):** \_ . \_ . . . \_ \_ \_ \_ \_

**Léčba ATB:**

**Vzorek:**

**Odebral:**

**Hospitalizovaný pacient:**  ANO

**Požadované vyšetření:**

**Číslo vyšetření: (nevyplňujte)**

- Kultivační s vyšetřením citlivosti
- toxiny A, B *Clostridioides difficile* (stolice)
- antigen *S. pneumoniae* (moč)
- antigen *L. pneumophila* (moč)
- kultivace *S. agalactiae* - vyloučení GBS
- Molekulárně biologická vyšetření
  - DNA *N. meningitidis*     DNA *H. influenzae*
  - DNA *S. pneumoniae*     DNA *S. agalactiae*
  - DNA *L. monocytogenes*     DNA *E.coli* K1
- Jiné (uveďte):

**Vyšetření požaduje:**

**Razítko s adresou a podpis lékaře:**

**IČZ / IČP:** \_ \_ \_ \_ \_

**Odbornost:** \_ \_ \_

**Telefon:**