

ŽÁDANKA O BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ
oddělení BAKTERIOLOGIE A MYKOLOGIE
Partyzánské náměstí 2633/7, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava
www.zuova.cz, tel.: 596 200 111, IČZ: 91 866 000

Centrum klinických laboratoří
zdravotnická laboratoř č. 8014
akreditovaná ČIA dle
ČSN EN ISO 15189 ed.3:2023

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: