

Číslo vyšetření: (nevyplňuje)

ŽÁDANKA O MYKOLOGICKÉ 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 (kl. 357), 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:

Požadované vyšetření:

Kultivační a mikroskopická vyšetření:

- mikroskopické
- kultivační
- citlivost na ATM

průkaz *Pneumocystis jiroveci*

- mikroskopicky + PCR

Zánětlivé markery

- presepsin (sérum, srážlivá krev)

Sérologická a molekulárně biologická vyšetření:

průkaz antigenů a DNA

- Aspergillus* sp. (galaktomannan) - ELISA (sérum, BAL)
- Cryptococcus neoformans* (likvor, sérum)
- 1,3- β -D-glucan (sérum)
- DNA *Aspergillus* sp. (BAT, tkáň)
- DNA *Mucor*-mycety (BAT, tkáň)
- DNA Dermatofyty (kůže a její adnex)

průkaz protilátek

- Aspergillus fumigatus* - ELISA
- Aspergillus fumigatus* - avidita IgG
- Candida albicans* - ELISA

Vyšetření požaduje:

Razítko s adresou a podpis lékaře:

IČZ / IČP: _ _ _ _ _

Odbornost: _ _ _

Telefon: