

Číslo vyšetření: (nevyplňuje)

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ MYKOBAKTERIÁLNÍHO KMENE



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. 220), IČZ: 91 866 000

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

Odesílatel vzorku pacienta, včetně IČZ:

Odesílatel mykobakteriálního kmene:

Příjmení a jméno pacienta:

Telefonní číslo:

Státní příslušnost:

Datum narození:

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

Kód pojišťovny: _ _ _ _

Bydliště:

Diagnóza: _ _ _ _ Muž Žena

Terapie AT:

Vzorek:

datum odběru:

protokol č.:

č. izolace:

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:

Přímá mikr.: metoda, výsl.:

Kult.: půda, počet dnů, výsledek:

1 2 3 4

metab. met.: druh doba výsl.

Mikroskopický popis primokultury:

půda:

půda:

půda metab.:

Další důležité informace:

Datum a podpis odesílatele: