

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ VZORKU PACIENTA NA TBC A MYKOBAKTERIÓZY



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

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): _ _ . _ _ . _ _ _ _

Dispenzární skupina (u pacienta s TBC):

Terapie: (AT, ATB) (viz druhá strana):

Vzorek:

Kvant., kval.:
(nevyplňujte)

Datum dodání:

Požadované vyšetření:

Standardní vyšetření (mikroskopie a kultivace vč. metabolické)

(Provedeno dle standardu vždy, u odběru moči se mikroskopie neprovádí)

Průkaz DNA *M. tuberculosis* (PCR)

Vyšetření požaduje:

Razítko s adresou a podpis lékaře:

IČZ / IČP: _ _ _ _ _

Odbornost: _ _ _

Telefon:

Nynější onemocnění a anamnéza:

Trvání obtíží:

.....

.....

ATB, AT terapie (od):

.....

Terapie kortikoidy, imunosupresivy (od):

.....

Bylo provedeno vyšetření Ig? (výsledky):

.....

.....

.....

.....

Záznamy laboratoře: