

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ VZORKŮ Z PROSTŘEDÍ NA PŘÍTOMNOST MYKOBAKTERIÍ



ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ

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 – oddělení BAKTERIOLOGIE A MYKOLOGIE

zkušební laboratoř č. 1554 akreditovaná ČIA dle ČSN EN ISO/IEC 17025:2018



L 1554

Objednavatel vyšetření:

Odběr provedl:

Odběr proveden dne:

Hodina:

Lokalita* :

Odebraný vzorek¹ :

Teplota vzorku vody:

Způsob odběru² :

Způsob a doba odesílání vzorku do laboratoře³ :

Vzorek dodán do laboratoře:

Další informace:

Adresa žadatele, razítko a podpis:

* (lokalita): např. koupelna II. patro, místnost č. 115, umyvadlo č. 1

1 (odebraný vzorek): seškrab usazeniny z vnitřku koncového vývodu vodovodu, odběr byl proveden ráno před zahájením provozu, před provedením odběru byl kohoutek v provozu - méně než 1/4 hodiny, více než 1/4 hodiny, apod. seškrab usazeniny z vnitřku sprchové růžice, která nebyla v provozu ... dní, byla použita 1/4 hodiny před odběrem, apod. 11 vody o teplotě°C odebrané po 3 minutách odtoku.

2 (způsob odběru): sterilním skalpelem

3 (odeslání vzorku do laboratoře): vzorek odeslán v transportní brašně, 5.5.2006 v 10.15 hod (autem, poslem, apod.)