



ZLECENIE BADAŃ MIKROBIOLOGICZNYCH *

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: (pieczęć) Nr ośrodka kosztów: Telefon: Data zlecenia: DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE: Pieczęć i podpis lekarza:		DANE PACJENTA: Nazwisko: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Imię: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> PESEL / ID pacjenta: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Data urodzenia: Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Adres: Seria i nr dok. tożsamości:																																																													
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA: Data: godzina: DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ: Imię i nazwisko:		CZAS OD MOMENTU ROZPOCZĘCIA HOSPITALIZACJI DO POBRANIA MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> DO 72 GODZ. <input type="checkbox"/> PO 72 GODZ.																																																													
KIERUNEK BADANIA: <input type="checkbox"/> BAKTERIOLOGICZNE <input type="checkbox"/> POSIEW TLENOWY <input type="checkbox"/> POSIEW BEZTLENOWY <input type="checkbox"/> MYKOLOGICZNE <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma/Ureaplasma</i> <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i> <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> <input type="checkbox"/> <i>Actinomyces spp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Clostridium perfringens</i> BADANIA PRZESIEWOWE: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE		<input type="checkbox"/> Krew żylna <input type="checkbox"/> Krew tętnicza <input type="checkbox"/> Krew z CVC <input type="checkbox"/> Końcówka CVC <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy <input type="checkbox"/> Mocz ze środkowego strumienia <input type="checkbox"/> Mocz z pierwszego strumienia <input type="checkbox"/> Mocz z jednorazowego cewnikowania <input type="checkbox"/> Mocz z cewnika założonego na stałe <input type="checkbox"/> Mocz z nerki /nefrostomia: <input type="checkbox"/> Mocz pobrany podczas cystoskopii <input type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej <input type="checkbox"/> Wymaz z pochwy <input type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy <input type="checkbox"/> Kał <input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła/migdałków <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa <input type="checkbox"/> NP (nozdre prawe) <input type="checkbox"/> NL (nozdre lewe) <input type="checkbox"/> Wymaz z zatoki: <input type="checkbox"/> Wymaz ze spojówki <input type="checkbox"/> OP (oko prawe) <input type="checkbox"/> OL (oko lewe)																																																													
MYKOLOGICZNE BADANIA SEROLOGICZNE: <input type="checkbox"/> Ag <i>Aspergillus spp.</i> - jakościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> anty- <i>Aspergillus spp.</i> IgG – ilościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> Ag <i>Candida spp.</i> – ilościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> anty- <i>Candida spp.</i> – ilościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> Ag <i>Cryptococcus spp.</i> <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> 1-3 beta-D-glukan grzybów <input type="checkbox"/> krew na skrzep		<input type="checkbox"/> Wymaz z ucha <input type="checkbox"/> UP (ucho prawe) <input type="checkbox"/> UL (ucho lewe) <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowo -pęcherzykowe (BAL) <input type="checkbox"/> Wydzielina z drzewa oskrzelowego <input type="checkbox"/> Plwocina <input type="checkbox"/> Aspirat z tchawicy <input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy <input type="checkbox"/> Płyn otrzewnowy <input type="checkbox"/> Płyn stawowy <input type="checkbox"/> Wydzielina z drenu..... <input type="checkbox"/> Treść ropna..... <input type="checkbox"/> Wymaz z rany..... <input type="checkbox"/> Wymaz z rany pooperacyjnej..... <input type="checkbox"/> Wymaz z ropnia..... <input type="checkbox"/> Wymaz z odleżyny/owrzodzenia <input type="checkbox"/> Bioptat/wycinek tkanki..... <input type="checkbox"/> Inny materiał..... <input type="checkbox"/> Opilki z paznokcia: <input type="checkbox"/> paznokcie rąk <input type="checkbox"/> paznokcie stóp <input type="checkbox"/> Łuski skórne:																																																													
UWAGI:																																																															
PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)																																																															
Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis)																																																															

* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie