



**ZLECENIE BADAŃ MIKROBIOLOGICZNYCH \***

<p><b>DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU:</b> (pieczęć)</p> <p>Nr ośrodka kosztów: .....</p> <p><b>Telefon:</b> ..... <b>Data zlecenia:</b> .....</p> <p><b>DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:</b></p> <p>Pieczęć i podpis lekarza: .....</p>		<p><b>DANE PACJENTA:</b></p> <p>Nazwisko: <table border="1" style="display: inline-table; 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></p> <p>Imię: <table border="1" style="display: inline-table; 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></p> <p>PESEL / ID pacjenta: <table border="1" style="display: inline-table; 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></p> <p>Data urodzenia: ..... Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M</p> <p>Adres: .....</p> <p>Seria i nr dok. tożsamości: .....</p>																																																													
<p><b>MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:</b></p> <p>Data: ..... godzina: .....</p> <p><b>DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:</b></p> <p>Imię i nazwisko: ..... (podpis i pieczęć)</p>		<p><b>CZAS OD MOMENTU ROZPOCZĘCIA HOSPITALIZACJI DO POBRANIA MATERIAŁU:</b></p> <p><input type="checkbox"/> DO 72 GODZ. <input type="checkbox"/> PO 72 GODZ.</p> <p><b>TRYB WYKONANIA BADANIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> RUTYNA</p>																																																													
<p><b>KIERUNEK BADANIA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> BAKTERIOLOGICZNE <input type="checkbox"/> POSIEW TLENOWY <input type="checkbox"/> POSIEW BEZTLENOWY <input type="checkbox"/> MYKOLOGICZNE</p> <p><b>BADANIA PRZESIEWOWE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wymaz z nosa - kolonizacja (MRSA/MSSA) <input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu - VRE</p>		<p><input type="checkbox"/> Krew żylna <input type="checkbox"/> Krew żylna (podejrzanie IZW) <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 jednorazowego cewnikowania <input type="checkbox"/> Mocz po wymianie cewnika <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 + preparat <input type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy <input type="checkbox"/> Kał (<i>Salmonella, Shigella, Yersinia, Aeromonas, Plesiomonas, Campylobacter</i>) <input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła/migdałków/nosa <input type="checkbox"/> Wymaz z zatoki: ..... <input type="checkbox"/> Wymaz ze spojówki <input type="checkbox"/> OP (oko prawe) <input type="checkbox"/> OL (oko lewe)</p>																																																													
<p><b>MYKLOGICZNE BADANIA SEROLOGICZNE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ag <i>Aspergillus spp.</i>- jakościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> BAL</p> <p><input type="checkbox"/> anty-<i>Aspergillus spp.</i> IgG – ilościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep</p> <p><input type="checkbox"/> Ag <i>Candida spp.</i> – ilościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep</p> <p><input type="checkbox"/> anty-<i>Candida spp.</i> – ilościowo <input type="checkbox"/> krew na skrzep</p> <p><input type="checkbox"/> Ag <i>Cryptococcus spp.</i> (CITO) <input type="checkbox"/> krew na skrzep <input type="checkbox"/> PMR</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3 beta-D-glukan grzybów <input type="checkbox"/> krew na skrzep</p>		<p><input type="checkbox"/> Wymaz z ucha <input type="checkbox"/> UP (ucho prawe) <input type="checkbox"/> UL (ucho lewe)</p> <p><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 odleżyny/owrzodzenia <input type="checkbox"/> Biopat/wycinek tkanki..... <input type="checkbox"/> Inny materiał..... <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> <input type="checkbox"/> Opiłki z paznokcia: <input type="checkbox"/> paznokcie rąk <input type="checkbox"/> paznokcie stóp <input type="checkbox"/> Zeskrobiny skórne: .....</p>																																																													
<p><b>UWAGI (informacje o leczeniu, rozpoznanie itp.)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																																															
<p><b>PRZYJĘCIE MATERIAŁU</b> (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)</p> <p>Data: ..... godzina: ..... Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis) .....</p>																																																															

\* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie