



Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Zakład Mikrobiologii
**Pracownia Bakteriologii Ogólnej
i Mikrobiologicznych Badań Środowiskowych**
Pracownia Mykologii
30-688 Kraków, ul. M. Jakubowskiego 2
tel.: 12 400 36-50, 36-59, 36-60

ZAL01-P-ZM-01

kod: 000000018583-88-794

kod: 000000018583-88-795

<http://www.su.krakow.pl/jednostki/zaklady/zaklad-mikrobiologii>

ZLECENIE BADAŃ MIKROBIOLOGICZNYCH *

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: (pieczęć)		DANE PACJENTA:																																					
Nr ośrodka kosztów:		Nazwisko: <table border="1"><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></tr><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></tr></table>																																					
Telefon: Data zlecenia:		Imię: <table border="1"><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></tr></table>																																					
DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:		PESEL / ID pacjenta: <table border="1"><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></tr></table>																																					
Pieczęć i podpis lekarza:		Data urodzenia: Płeć: <table border="1"><tr><td>K</td><td>M</td></tr></table>		K	M																																		
K	M																																						
Adres:		Seria i nr dok. tożsamości:																																					
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:		CZAS OD MOMENTU ROZPOCZĘCIA HOSPITALIZACJI DO POBRANIA MATERIAŁU:																																					
Data: godzina:		☐ DO 72 GODZ. ☐ PO 72 GODZ.																																					
DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:		TRYB WYKONANIA BADANIA																																					
Imię i nazwisko: (podpis i pieczęć)		☐ CITO ☐ RUTYNA																																					
KIERUNEK BADANIA:		☐ Krew żylna ☐ Krew tętnicza ☐ Krew z CVC ☐ Końcówka CVC ☐ Płyn mózgowo-rdzeniowy ☐ Mocz ze środkowego strumienia ☐ Mocz z jednorazowego cewnikowania ☐ Mocz po wymianie cewnika ☐ Mocz z nerki/nefrostomia: ☐ Mocz pobrany podczas cystoskopii ☐ Wymaz z cewki moczowej ☐ Wymaz z pochwy + preparat ☐ Wymaz z kanału szyjki macicy ☐ Kał (<i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Aeromonas</i> , <i>Plesiomonas</i> , <i>Campylobacter</i>) ☐ Wymaz z odbytu ☐ Wymaz z gardła/migdałków/nosa ☐ Wymaz z zatoki: ☐ Wymaz ze spojówki ☐ OP (oko prawe) ☐ OL (oko lewe) ☐ Wymaz z ucha ☐ UP (ucho prawe) ☐ UL (ucho lewe)																																					
☐ BAKTERIOLOGICZNE ☐ POSIEW TLENOWY ☐ POSIEW BEZTLENOWY ☐ MYKOLOGICZNE BADANIA PRZESIEWOWE: ☐ Wymaz z nosa - kolonizacja (MRSA/MSSA) ☐ Wymaz z odbytu - VRE ☐ Wymaz z odbytu - kolonizacja (CPE,MRSA,MSSA,VRE,ESBL,Str.β) ☐ Kał - kolonizacja (CPE,MRSA,MSSA,VRE,ESBL,Str.β)		☐ Popłuczyny oskrzelowe ☐ Popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (BAL) ☐ Wydzielina z drzewa oskrzelowego ☐ Plwocina ☐ Aspirat z tchawicy ☐ Płyn opłucnowy ☐ Płyn otrzewnowy ☐ Płyn stawowy ☐ Wydzielina z drenu..... ☐ Treść ropna..... ☐ Wymaz z rany..... ☐ Wymaz z odleżyny/owrzodzenia ☐ Biopiat/wycinek tkanki..... ☐ Inny materiał..... ☐ <i>Mycoplasma/Ureaplasma</i> ☐ <i>Streptococcus agalactiae</i> ☐ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ☐ <i>Neisseria meningitidis</i> ☐ <i>Actinomyces spp.</i> ☐ <i>Clostridium perfringens</i> ☐ Opiłki z paznokcia: ☐ paznokcie rąk ☐ paznokcie stóp ☐ Zeskrobiny skórne:																																					
MYKLOGICZNE BADANIA SEROLOGICZNE: ☐ Ag <i>Aspergillus spp.</i> - jakościowo ☐ krew na skrzep ☐ BAL ☐ anty- <i>Aspergillus spp.</i> IgG – ilościowo ☐ krew na skrzep ☐ Ag <i>Candida spp.</i> – ilościowo ☐ krew na skrzep ☐ anty- <i>Candida spp.</i> – ilościowo ☐ krew na skrzep ☐ Ag <i>Cryptococcus spp.</i> ☐ krew na skrzep (cito) ☐ PMR (cito) ☐ BAL ☐ mocz ☐ 1-3 beta-D-glukan grzybów ☐ krew na skrzep		UWAGI (informacje o leczeniu, rozpoznanie itp.)																																					
PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)																																							
Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis)																																							

* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie