



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

Załącznik ZAŁ05-P-ZM-01

kod: 000000018583-88-794

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

ZLECENIE BADANIA MATERIAŁU ZE ŚRODOWISKA *

NR BADANIA: (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU:

(pieczęć)

Nr ośrodka kosztów:

Telefon: Data zlecenia:

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:

(pieczęć i podpis)

DATA I GODZINA POBRANIA

Data: godzina:

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ

(czytelny podpis)

MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:

- ☐ Aspirat powietrza
 ☐ 20 l
 ☐ 50 l
 ☐ 1000 l
 ☐ inna objętość
- ☐ Wymaz ze środowiska
- ☐ Odcisk powierzchni (płytki odciskowa)
- ☐ Preparat krwiopochodny
 ☐ Koncentrat krwinek czerwonych
 ☐ Koncentrat krwinek płytkowych
 ☐ Ubogoleukocytny koncentrat krwinek płytkowych
 ☐ Inny preparat
- ☐ Próbkę kontrolną produktu farmaceutycznego
 ☐ Roztwór NaCl
 ☐ Mieszanina żywieniowa
- ☐ Inny materiał.....

KIERUNEK BADANIA:

- ☐ BAKTERIOLOGICZNE
 ☐ POSIEW TLENOWY
 ☐ POSIEW BEZTLENOWY
- ☐ MYKOLOGICZNE
- ☐ ANALIZA POKREWIEŃSTWA SZCZEPÓW (FT-IR)

UWAGI:

LOKALIZACJA MIEJSCA POBRANIA PRÓBKII

OPIS MIEJSCA POBRANIA PRÓBKII

Nr próbki:

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....
4.
.....
.....
5.
.....
.....
6.
.....
.....
7.
.....
.....
8.
.....
.....
9.
.....
.....
10.
.....
.....

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:

Imię i nazwisko (pieczęć i podpis)

* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie