



Szpital Uniwersytecki w Krakowie  
Zakład Mikrobiologii  
Pracownia Bakteriologii Ogólnej  
Pracownia Mykologii  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 19  
tel.: 12 424 75-83, 12 424 75-85, 12 424 71-46 (mykol.), tel./fax: 12 424 75-80

Załącznik Nr 1 do P-M-ZM-01  
Wydanie 04 z dnia 01.02.2017 r.  
kod: 000000018583-50-458  
kod: 000000018583-50-460  
<http://www.su.krakow.pl/zaklad-mikrobiologii>

## ZLECENIE BADAŃ MIKROBIOLOGICZNYCH \*

NR BADANIA: (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)					
<b>DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU:</b> (pieczęć)  Nr ośrodka kosztów: .....  Telefon: ..... Data zlecenia: ..... <b>DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:</b>  Pieczęć i podpis lekarza: .....	<b>DANE PACJENTA:</b> Nazwisko: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> Imię: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> PESEL / ID pacjenta: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>  Data urodzenia: ..... Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Adres: .....  Seria i nr dok. tożsamości: .....				
<b>MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:</b>  Data: .....  godzina: .....  UWAGI: ..... ..... ..... .....	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Krew żylna  <input type="checkbox"/> Krew z CVC  <input type="checkbox"/> Krew tętnicza  <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy  <input type="checkbox"/> CVC  <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"/> Kał  <input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu  <input type="checkbox"/> Inny .....           </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowo - pęcherzykowe (BAL)  <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe  <input type="checkbox"/> Wydzielina z drzewa oskrzel.  <input type="checkbox"/> Plwocina  <input type="checkbox"/> Aspirat tchawiczy  <input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy  <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła/migdałków  <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa  <input type="checkbox"/> Wymaz z zatoki: .....  <input type="checkbox"/> Wymaz z ucha  <input type="checkbox"/> Wymaz ze spojówki: .....  <input type="checkbox"/> Inny .....           </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej  <input type="checkbox"/> Wymaz z pochwy  <input type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy  <input type="checkbox"/> Płyn otrzewnowy  <input type="checkbox"/> Treść ropna  <input type="checkbox"/> Wydzielina z drenu  <input type="checkbox"/> Wymaz z jamy brzusznej  <input type="checkbox"/> Wymaz z rany  <input type="checkbox"/> Wymaz z rany pooperacyjnej  <input type="checkbox"/> Wymaz z odleżyny/owrzodz.  <input type="checkbox"/> Biopat/wycinek tkanki  <input type="checkbox"/> Opilki z paznokcia: .....  <input type="checkbox"/> Inny .....           </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Krew żylna <input type="checkbox"/> Krew z CVC <input type="checkbox"/> Krew tętnicza <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy <input type="checkbox"/> CVC <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"/> Kał <input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu <input type="checkbox"/> Inny .....	<input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowo - pęcherzykowe (BAL) <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe <input type="checkbox"/> Wydzielina z drzewa oskrzel. <input type="checkbox"/> Plwocina <input type="checkbox"/> Aspirat tchawiczy <input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła/migdałków <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa <input type="checkbox"/> Wymaz z zatoki: ..... <input type="checkbox"/> Wymaz z ucha <input type="checkbox"/> Wymaz ze spojówki: ..... <input type="checkbox"/> Inny .....	<input type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej <input type="checkbox"/> Wymaz z pochwy <input type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy <input type="checkbox"/> Płyn otrzewnowy <input type="checkbox"/> Treść ropna <input type="checkbox"/> Wydzielina z drenu <input type="checkbox"/> Wymaz z jamy brzusznej <input type="checkbox"/> Wymaz z rany <input type="checkbox"/> Wymaz z rany pooperacyjnej <input type="checkbox"/> Wymaz z odleżyny/owrzodz. <input type="checkbox"/> Biopat/wycinek tkanki <input type="checkbox"/> Opilki z paznokcia: ..... <input type="checkbox"/> Inny .....
<input type="checkbox"/> Krew żylna <input type="checkbox"/> Krew z CVC <input type="checkbox"/> Krew tętnicza <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy <input type="checkbox"/> CVC <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"/> Kał <input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu <input type="checkbox"/> Inny .....	<input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowo - pęcherzykowe (BAL) <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe <input type="checkbox"/> Wydzielina z drzewa oskrzel. <input type="checkbox"/> Plwocina <input type="checkbox"/> Aspirat tchawiczy <input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła/migdałków <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa <input type="checkbox"/> Wymaz z zatoki: ..... <input type="checkbox"/> Wymaz z ucha <input type="checkbox"/> Wymaz ze spojówki: ..... <input type="checkbox"/> Inny .....	<input type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej <input type="checkbox"/> Wymaz z pochwy <input type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy <input type="checkbox"/> Płyn otrzewnowy <input type="checkbox"/> Treść ropna <input type="checkbox"/> Wydzielina z drenu <input type="checkbox"/> Wymaz z jamy brzusznej <input type="checkbox"/> Wymaz z rany <input type="checkbox"/> Wymaz z rany pooperacyjnej <input type="checkbox"/> Wymaz z odleżyny/owrzodz. <input type="checkbox"/> Biopat/wycinek tkanki <input type="checkbox"/> Opilki z paznokcia: ..... <input type="checkbox"/> Inny .....			
<b>STOSOWANE ANTYBIOTYKI LUB LEKI PRZECIWIWRZYBICZE:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Amikacyna  <input type="checkbox"/> Amoksylicyna/klawulianian  <input type="checkbox"/> Cefepim  <input type="checkbox"/> Cefotaksym  <input type="checkbox"/> Ceftazydym  <input type="checkbox"/> Ceftriakson  <input type="checkbox"/> Cefuroksym  <input type="checkbox"/> Ciprofloksacyna  <input type="checkbox"/> Inny .....           </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Erytromycyna  <input type="checkbox"/> Gentamycyna  <input type="checkbox"/> Imipenem  <input type="checkbox"/> Klindamycyna  <input type="checkbox"/> Kolistyna  <input type="checkbox"/> Lewofloksacyna  <input type="checkbox"/> Linezolid  <input type="checkbox"/> Meropenem           </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Metronidazol  <input type="checkbox"/> Netylmycyna  <input type="checkbox"/> Piperacylina/tazobaktam  <input type="checkbox"/> Teikoplanina  <input type="checkbox"/> Tetracyklina  <input type="checkbox"/> Tigecyklina  <input type="checkbox"/> Trimetoprim/sulfametoksazol  <input type="checkbox"/> Wankomycyna  <input type="checkbox"/> Inny .....           </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Amikacyna <input type="checkbox"/> Amoksylicyna/klawulianian <input type="checkbox"/> Cefepim <input type="checkbox"/> Cefotaksym <input type="checkbox"/> Ceftazydym <input type="checkbox"/> Ceftriakson <input type="checkbox"/> Cefuroksym <input type="checkbox"/> Ciprofloksacyna <input type="checkbox"/> Inny .....	<input type="checkbox"/> Erytromycyna <input type="checkbox"/> Gentamycyna <input type="checkbox"/> Imipenem <input type="checkbox"/> Klindamycyna <input type="checkbox"/> Kolistyna <input type="checkbox"/> Lewofloksacyna <input type="checkbox"/> Linezolid <input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> Metronidazol <input type="checkbox"/> Netylmycyna <input type="checkbox"/> Piperacylina/tazobaktam <input type="checkbox"/> Teikoplanina <input type="checkbox"/> Tetracyklina <input type="checkbox"/> Tigecyklina <input type="checkbox"/> Trimetoprim/sulfametoksazol <input type="checkbox"/> Wankomycyna <input type="checkbox"/> Inny .....
<input type="checkbox"/> Amikacyna <input type="checkbox"/> Amoksylicyna/klawulianian <input type="checkbox"/> Cefepim <input type="checkbox"/> Cefotaksym <input type="checkbox"/> Ceftazydym <input type="checkbox"/> Ceftriakson <input type="checkbox"/> Cefuroksym <input type="checkbox"/> Ciprofloksacyna <input type="checkbox"/> Inny .....	<input type="checkbox"/> Erytromycyna <input type="checkbox"/> Gentamycyna <input type="checkbox"/> Imipenem <input type="checkbox"/> Klindamycyna <input type="checkbox"/> Kolistyna <input type="checkbox"/> Lewofloksacyna <input type="checkbox"/> Linezolid <input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> Metronidazol <input type="checkbox"/> Netylmycyna <input type="checkbox"/> Piperacylina/tazobaktam <input type="checkbox"/> Teikoplanina <input type="checkbox"/> Tetracyklina <input type="checkbox"/> Tigecyklina <input type="checkbox"/> Trimetoprim/sulfametoksazol <input type="checkbox"/> Wankomycyna <input type="checkbox"/> Inny .....			
<b>KIERUNEK BADANIA:</b> <input type="checkbox"/> BAKTERIOLOGICZNE <input type="checkbox"/> POSIEW TLENOWY <input type="checkbox"/> POSIEW BEZTLENOWY <input type="checkbox"/> MYKOLOGICZNE	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma  <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae  <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis  <input type="checkbox"/> Streptococcus agalactiae  <input type="checkbox"/> Inne .....           </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO/KOLONIZACJA  <input type="checkbox"/> MRSA  <input type="checkbox"/> VRE  <input type="checkbox"/> PAŁECZKI GRAM-UJEMNE  <input type="checkbox"/> Inne .....           </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis <input type="checkbox"/> Streptococcus agalactiae <input type="checkbox"/> Inne .....	<input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO/KOLONIZACJA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> PAŁECZKI GRAM-UJEMNE <input type="checkbox"/> Inne .....	<b>CZAS OD MOMENTU HOSPITALIZACJI W SU DO POBRANIA MATERIAŁU:</b> <input type="checkbox"/> DO 72 GODZ. <input type="checkbox"/> PO 72 GODZ.	
<input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis <input type="checkbox"/> Streptococcus agalactiae <input type="checkbox"/> Inne .....	<input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO/KOLONIZACJA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> PAŁECZKI GRAM-UJEMNE <input type="checkbox"/> Inne .....				
<b>ISTOTNE DANE KLINICZNE:</b> ..... ..... .....					
<b>DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:</b>					
Imię i nazwisko .....					
<b>PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)</b>					
Data: ..... godzina: ..... Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis) .....					

\* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie