



ZLECENIE BADAŃ PARAZYTOLOGICZNYCH *

NR BADANIA: (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU:
(pieczęć)

Nr ośrodka kosztów:

Telefon: Data zlecenia:

DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:

Pieczęć i podpis lekarza:

DANE PACJENTA:

Nazwisko:

Imię:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL /
ID pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia: Płeć: K M

Adres:

Seria i nr dok. tożsamości:

MATERIAŁ POBRANY DO
BADANIA:

Data:

godzina:

UWAGI:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kał | <input type="checkbox"/> Mocz | <input type="checkbox"/> Wymaz z oka |
| <input type="checkbox"/> Wymaz okołoodbytniczy | <input type="checkbox"/> Odcisk skórny | <input type="checkbox"/> Zeskrobiny z rogówki |
| <input type="checkbox"/> Formy dorosłe pasożytów | <input type="checkbox"/> Płyn do przechowywania soczewek kontaktowych | <input type="checkbox"/> Zeskrobiny skórne |
| <input type="checkbox"/> Krew włośniczkowa pełna | <input type="checkbox"/> Rzęsy | <input type="checkbox"/> Żółć |
| <input type="checkbox"/> Krew żylna na EDTA | <input type="checkbox"/> Soczewki kontaktowe | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Krew żylna na cytrynian | <input type="checkbox"/> Treść z gruczołów łojowych | |
| <input type="checkbox"/> Krew żylna na skrzep | | |

STOSOWANE ANTYBIOTYKI I LEKI PRZECIWPASOŻYTNICZE:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Albendazol (Zentel) | <input type="checkbox"/> Chlorochina (Arechin) | <input type="checkbox"/> Mebendazol (Vermox) | <input type="checkbox"/> Prazykwantel |
| <input type="checkbox"/> Amfoterycyna B | <input type="checkbox"/> Crotamiton | <input type="checkbox"/> Meflochina (Lariam) | <input type="checkbox"/> Prymachina |
| <input type="checkbox"/> Artesunat | <input type="checkbox"/> Doksycyklina | <input type="checkbox"/> Metronidazol | <input type="checkbox"/> Pyrantelum |
| <input type="checkbox"/> Atowakwon/Proguanil (Malarone) | <input type="checkbox"/> Iwermektyna | <input type="checkbox"/> Nitazoksamid | <input type="checkbox"/> Stibofen (zw. Antymonu) |
| <input type="checkbox"/> Chinina | <input type="checkbox"/> Klindamycyna | <input type="checkbox"/> Paromomycyna | <input type="checkbox"/> Tynidazol |
| | <input type="checkbox"/> Lumefantryna | <input type="checkbox"/> Pirymetamina | <input type="checkbox"/> Inny |

KIERUNEK BADANIA
PARAZYTOLOGICZNEGO:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Acanthamoeba</i> sp. – hodowla | <input type="checkbox"/> Szybki test immunochromatograficzny w kierunku <i>Plasmodium</i> sp. | <input type="checkbox"/> <i>Demodex</i> sp. |
| <input type="checkbox"/> Pasożyty jelitowe człowieka | <input type="checkbox"/> anty – <i>Ascaris lumbricoides</i> IgG | <input type="checkbox"/> Hodowla w kierunku larw nicieni |
| <input type="checkbox"/> Ag <i>Cryptosporidium</i> sp. / Ag <i>Giardia</i> w kale (met. immunochromatograficzna) | <input type="checkbox"/> anty – <i>Echinococcus</i> sp. IgG | <input type="checkbox"/> Identyfikacja form dorosłych pasożytów |
| <input type="checkbox"/> Ag <i>Giardia intestinalis</i> w kale (ELISA) | <input type="checkbox"/> anty – <i>Echinococcus</i> sp. - test potwierdzający | <input type="checkbox"/> Jaja <i>Schistosoma haematobium</i> w moczu |
| <input type="checkbox"/> Rozmazy krwi w kierunku: <i>Plasmodium</i> , <i>Trypanosoma</i> , <i>Babesia</i> | <input type="checkbox"/> anty – <i>Entamoeba histolytica</i> IgG | <input type="checkbox"/> Mikrofilarie – koncentracja Knott'a |
| | <input type="checkbox"/> anty – <i>Toxocara canis</i> IgG | <input type="checkbox"/> <i>Leishmania</i> sp. |
| | <input type="checkbox"/> anty – <i>Schistosoma mansoni</i> IgG | <input type="checkbox"/> Pasożyty w materiale biopsyjnym |
| | | <input type="checkbox"/> Pasożyty w żółci |
| | | <input type="checkbox"/> Inne |

ISTOTNE DANE KLINICZNE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:

Imię i nazwisko

PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)

Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał:

* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie