



Žádanka o mikrobiologické vyšetření

Příjmení:	Jméno:	Razítko (IČZ):
Číslo pojištěnce:		
Bydliště:		
Zdravotní pojišťovna:	Datum odběru:	Podpis:
Datum narození:	Čas odběru:	
Diagnóza:	Odebral:	

BAKTEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Urogenitální trakt	Respirační trakt
<p>moč</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> cévkovaná<input type="checkbox"/> střední proud<input type="checkbox"/> PMK<input type="checkbox"/> urikult<input type="checkbox"/> průkaz Ag Streptococcus pneumoniae<input type="checkbox"/> průkaz Ag Legionella pneumophila<input type="checkbox"/> screening MRSA <p>výtěr</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> pochva<input type="checkbox"/> cervix<input type="checkbox"/> uretra<input type="checkbox"/> rektovaginální<input type="checkbox"/> screening Streptococcus agalactiae <p><input type="checkbox"/> ejakulát</p> <p><input type="checkbox"/> prostatický sekret</p>	<p>výtěr</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> krk<input type="checkbox"/> nos<input type="checkbox"/> nosohltan<input type="checkbox"/> larynx<input type="checkbox"/> tonsila - L / P<input type="checkbox"/> dutina ústní<input type="checkbox"/> screening MRSA<input type="checkbox"/> průkaz Ag Influenza A,B<input type="checkbox"/> průkaz Ag RS viry <p><input type="checkbox"/> sputum</p> <p><input type="checkbox"/> bronchoalveolární laváž</p>
Gastrointestiální trakt	Ostatní materiál
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> rektum - výtěr<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> screening MRSA<input type="checkbox"/> stolice<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> kultivace<input type="checkbox"/> cílená kultivace Salmonella sp.<input type="checkbox"/> cílená kultivace Campylobacter sp.<input type="checkbox"/> průkaz Ag Rotaviry<input type="checkbox"/> průkaz Ag Adenoviry<input type="checkbox"/> průkaz Ag Noroviry<input type="checkbox"/> průkaz Ag Clostridium difficile, toxin A/B	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> krev na hemokultivaci<input type="checkbox"/> stěr z kůže před hemokultivací<input type="checkbox"/> mozkomíšní mok<input type="checkbox"/> rána<input type="checkbox"/> defekt<input type="checkbox"/> dekubitus<input type="checkbox"/> absces - výtěr / obsah<input type="checkbox"/> punktát<input type="checkbox"/> hnis - výtěr / obsah<input type="checkbox"/> žluč - výtěr / obsah<input type="checkbox"/> jiný tekutý materiál<input type="checkbox"/> výtěr oko - L / P<input type="checkbox"/> výtěr ucho - L / P<input type="checkbox"/> dren<input type="checkbox"/> katetr
Parazitologické vyšetření	Přítomnost acidorezistentních tyčků (BK)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> stolice - základní parazitologické vyšetření<input type="checkbox"/> roupý - lepex<input type="checkbox"/> identifikace parazitů<input type="checkbox"/> mikrobiální obraz poševní	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> sputum<input type="checkbox"/> bronchoalveolární laváž<input type="checkbox"/> punktát<input type="checkbox"/> jiné: