

ŽIADANKA NA BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETRENIE

PACIENT	LEKÁR	
Rodné číslo:	Oddelenie:	Vzorku prijal:
Priezvisko:	Tel. klapka:	
Meno:	Pečiatka a podpis lekára	Preskúmal:
Diagnóza:		
Poisťovňa: <input type="checkbox"/> Samoplatca: <input type="checkbox"/>		
Dátum odberu:		

Europoistenci: K žiadanke priložiť kópiu preukazu poistenca

EÚ poistenec: <input type="checkbox"/>	Štát:	ID pacienta:	Interný kód laboratória <i>Nevyplňovať</i>
--	-------	--------------	---

ATB terapia pacienta:	Poznámka:
-----------------------	-----------

Respiračný trakt	Urogenitálny trakt
<input type="checkbox"/> Výter z hrdla	<input type="checkbox"/> Moč spontánny
<input type="checkbox"/> Výter z tonzíl	<input type="checkbox"/> Moč cievkovaný
<input type="checkbox"/> Výter z jazyka	<input type="checkbox"/> Moč z permanentného katétra
<input type="checkbox"/> Výter z laryngu	
<input type="checkbox"/> Výter z nosa	<input type="checkbox"/> Výter z pošvy <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae ¹ <input type="checkbox"/> Anaeróbne
<input type="checkbox"/> Výter z nosohltana	<input type="checkbox"/> Výter z cervixu <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae ¹ <input type="checkbox"/> Anaeróbne
<input type="checkbox"/> Spútum	<input type="checkbox"/> Výter z uteru <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae ¹ <input type="checkbox"/> Anaeróbne
<input type="checkbox"/> Bronchoalveolárna laváž	<input type="checkbox"/> Výter z uretry <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae ^{1,2} <input type="checkbox"/> Anaeróbne
<input type="checkbox"/> Tracheálny aspirát	
Gastrointestinálny trakt	<input type="checkbox"/> Ureaplasma ⁴ , Mycoplasma ⁵
<input type="checkbox"/> Výter z rektá	
<input type="checkbox"/> Stolica	<i>Dôkaz antigénu Streptococcus pneumoniae, Legionella pneumophila</i>
<i>Dôkaz antigénov vo vzorkách stolice</i>	<input type="checkbox"/> Moč
<input type="checkbox"/> Adenovírus, Rotavírus	
<input type="checkbox"/> Norovírus	<i>Skríning Streptococcus agalactiae kultivačne</i>
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile - GDH + toxín A+B	
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/> Vaginálno-rektálny výter
<input type="checkbox"/> Stolica na OK	
<input type="checkbox"/> Kalprotektín	
<input type="checkbox"/> Escherichia coli O157:H7	
<i>Dôkaz Helicobacter pylori zo sliznice žalúdka</i>	
<input type="checkbox"/> Ureázový test	
<input type="checkbox"/> Kultivácia a citlivosť ³	
<input type="checkbox"/> Mikroskopický dôkaz	
<i>Dôkaz parazitov</i>	
<input type="checkbox"/> Prítomnosť parazitov v stolici	
<input type="checkbox"/> Perianálny zleп	

Vysvetlivky:

1. N.gonorrhoeae u žien vyšetrujeme len na požiadanie
2. N.gonorrhoeae u mužov vyšetrujeme automaticky
3. Vykonávame iba pri mikroskopicky pozitívnych vzorkách
4. Dôkaz Ureaplasmy urealyticum a Ureoplasmy parvum
5. Dôkaz Mycoplasmy hominis