

ŽIADANKA NA BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETRENIE

PACIENT		LEKÁR			
Rodné číslo:		Oddelenie:		Vzorku prijal:	
Priezvisko:		Tel. klapka:			
Meno:		Pečiatka a podpis lekára		Preskúmal:	
Diagnóza:					
Poisťovňa:	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"/>	Ejakulát			
<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"/>	Výter z rekta	<input type="checkbox"/>	Ureaplasma ^{4.} , Mycoplasma ^{5.}			
<input type="checkbox"/>	Stolica					
Dôkaz antigénov vo vzorkách stolice		Dôkaz antigénu Streptococcus pneumoniae, Legionella pneumophila				
<input type="checkbox"/>	Adenovírus, Rotavírus	<input type="checkbox"/>	Moč			
<input type="checkbox"/>	Norovírus					
<input type="checkbox"/>	Clostridium difficile - GDH + toxín A+B					
<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori					
<input type="checkbox"/>	Escherichia coli O157:H7					
		<i>Skrining Streptococcus agalactiae kultivačne</i>				
		<input type="checkbox"/>	Vaginálno-rektálny výter			
Dôkaz Helicobacter pylori zo sliznice žalúdka		Klinický materiál				
<input type="checkbox"/>	Ureázový test	<input type="checkbox"/>	Ster z kože			
<input type="checkbox"/>	Kultivácia a citlivosť ^{3.}	<input type="checkbox"/>	Výter pravé oko	<input type="checkbox"/>	Výter ľavé oko	
<input type="checkbox"/>	Mikroskopický dôkaz	<input type="checkbox"/>	Výter pravé ucho	<input type="checkbox"/>	Výter ľavé ucho	
		<input type="checkbox"/>	Výter z rany	<input type="checkbox"/>	Anaeróbne	
Dôkaz parazitov						
<input type="checkbox"/>	Prítomnosť parazitov v stolici					
<input type="checkbox"/>	Perianálny zlepenie					

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 Ureaplasmy parvum
5. Dôkaz Mycoplasmy hominis