

**Klinická mikrobiologie a ATB centrum****Laboratoř mykobakteriologie (TBC)**

Ke Karlovu 2, 128 08 Praha 2, tel. 224967632

Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ: 00064165, tel. 224 961 111

**Formulář
F-VFN-810**

Strana 1 z 1

Verze číslo: 1

Jméno a příjmení: Číslo pojištění: *Datum narození: *Pohlaví: M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> Bydliště: Pojišťovna: Diagnóza:	Razítko a podpis: NS: Lékař: Tel.:	Datum příjmu: Čas příjmu: Přijal: Laboratorní číslo:
Datum a čas odběru:		
* Vyplňuje se pouze u cizinců.		
Čárový kód BacT/ALERT:		

Dolní cesty dýchací	Stěry	Jiné materiály	
sputum <input type="checkbox"/>	defekt <input type="checkbox"/>	moč <input type="checkbox"/>	výpotek <input type="checkbox"/>
sputum odsav <input type="checkbox"/>	rána <input type="checkbox"/>	ascites <input type="checkbox"/>	odebráno z:.....
sputum z bronchoskopie <input type="checkbox"/>	jiné <input type="checkbox"/>	dialyzát <input type="checkbox"/>	tkáň <input type="checkbox"/>
BAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mok mozkomíšní <input type="checkbox"/>	odebráno z:.....
aspirát <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	punktát <input type="checkbox"/>	jiné <input type="checkbox"/>
výplach z dolních cest dýchacích <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	odebráno z:..... <input type="checkbox"/>
sekret bronchiální <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>
		 <input type="checkbox"/>

POŽADAVEK NA MYKOBAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

MIKROSKOPIE + KULTIVACE	<input type="checkbox"/>
ZRYCHLENÁ KULTIVACE (BacT/ALERT)	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>