

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ - LABORATOŘ MYKOBAKTERIOLOGIE (TBC)

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	moč	<input type="checkbox"/> výpotek
sputum odsav	<input type="checkbox"/> rána	ascites	<input type="checkbox"/> odebráno z:.....
sputum z bronchoskopie	<input type="checkbox"/> jiné.....	dialyzát	<input type="checkbox"/> tkáň
BAL	<input type="checkbox"/>	mok mozkomíšní	<input type="checkbox"/> odebráno z:.....
aspirát	<input type="checkbox"/>	lymfatická uzlina	<input type="checkbox"/> punktát
sekret bronchiální	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> odebráno z:.....
výplach z dolních cest dýchacích	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> jiné
			<input type="checkbox"/>

POŽADAVEK NA MYKOBAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

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