



ŽÁDANKA o vyšetření - LABORATOŘ BAKTERIOLOGIE/MYKOLOGIE

TELEFON

F-VFN-804

Verze č. 4/2025

Jméno:

ZDE nalepte štítek

***Datum narození:**

*Pohlaví: ☐ muž ☐ žena

Bydliště:

DG:

Datum a čas odběru:

Razítko:

NS:

Lékař:

Telefon:

Telefon:
(pro hlášení kritických
výsledků)

☐ Bakteriologické vyšetření ☐ Mykologické vyšetření ☐ Screeningové vyšetření

Léčba
ANTIBIOTIKY x ANTIMYKOTIKY:

O volbě vhodného vyšetřovacího postupu rozhoduje příslušná laboratoř, včetně toho, bude-li se testovat citlivost k antimikrobiálním látkám či nikoliv.

Datum příjmu:	
Čas příjmu:	
Přijal:	
Laboratorní číslo:	
Čárový kód hemokultury:	
NY	
☐	<i>Cl. difficile</i> atg/toxin (stolice)
☐	Chřipka (HCD, DCD)
☐	RSV (HCD, DCD)
☐	SARS-CoV-2 (nosohltan, DCD)

(*Vypĺňuje sa pouzے u cizinců)