

ODDĚLENÍ BAKTERIOLOGIE A MYKOLOGIE

LABORATOŘ BAKTERIOLOGIE OSTRAVA

tel.: 596 200 111, fax: 596 118 661, IČZ: 91 866 000

ŽÁDANKA O BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Centrum klinických laboratoří

Partyzánské náměstí 7, 702 00 Ostrava, www.zu.cz

CKL je zdravotnickou laboratoří akreditovanou ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 pod číslem 8014.



M 8014

Příjmení, jméno pacienta:

Bydliště:

Číslo pojištěnce: _ _ _ _ _ / _ _ _ _ Kód pojišťovny: _ _ _

Základní diagnóza: _ _ _ _ _ Ostatní diagnózy: _ _ _ _ _

Čas odběru (hh.mm): _ _ : _ _ Datum odběru (dd/mm/rrrr): _ _ . _ _ . _ _ _ _

Léčba ATB: Vzorek:

Požadované vyšetření:

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

- Kultivační
- Jiné (uvedte):

- PCR DNA *N. meningitidis*
- PCR typizace B,C *N. meningitidis*
- PCR DNA *S. pneumoniae*,
- PCR DNA *H. influenzae*,
- PCR DNA *L. monocytogenes*
- PCR jiné (uvedte):

Odběr pro PCR: likvor 0,5 až 1ml, plná krev (EDTA nebo citrátová) 5ml.

Vyšetření požaduje:

Razítko s adresou a podpis lékaře:

IČZ / IČP: _ _ _ _ _

Odbornost: _ _ _

Telefon: