

ODDĚLENÍ BAKTERIOLOGIE A MYKOLOGIE

LABORATOŘ KLINICKÉ MYKOLOGIE

tel.: 596 200 111 (kl. 357), fax: 596 118 661, IČZ: 91 866 000

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

ŽÁDANKA O MYKOLOGICKÉ 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:**Kultivační a mikroskopická vyšetření:**

- mikroskopické
 kultivační
 citlivost na ATM

průkaz *Pneumocystis jiroveci*

- mikroskopicky
 mikroskopicky + PCR

Sérologická vyšetření:**průkaz antigenů**

- Aspergillus* sp. (galaktomannan) - ELISA
 Cryptococcus sp.

průkaz protilátek

- Aspergillus* sp.
 Candida albicans - ELISA + precipitace

Vyšetření požaduje:

IČZ / IČP: _ _ _ _ _

Odbornost: _ _ _

Telefon:

Razítko s adresou a podpis lékaře: