ODDĚLENÍ BAKTERIOLOGIE A MYKOLOGIE
ODDĚLENÍ IMUNOLOGIE A ALERGOLOGIE
tel.: 596 491 676, 596 491 680 IČZ: 91 866 000
vyšetření nutno objednat telefonicky den předem

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ HLADIN ANTIBIOTIK V TĚLNÍCH TEKUTINÁCH

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): _ _ . _ _ . _ _ _ _

Odebral:

Vyšetřované antibiotikum:
gentamicin
amikacin
vankomycin
jiné:

Forma aplikace:
i.m. injekce
i.v. injekce
i.v. infúze - délka aplikace (v hod.):
peritoneální vak - délka aplikace (v hod.):
jiná:

Velikost dávky:

Interval podání:

Zahájení léčby dne:

Další antibiotika podávaná v léčbě:

Současně podávaná antibiotika:

Odběr vzorků krve: **Čas odběru:**

I.těsně před aplikací další dávky v hod.
II.po aplikaci dávky za 30 min v hod.
za 1 hod. v hod.
za 2 hod. v hod.
za v hod.

Druh materiálu:
krev (srážlivá)
likvor
moč
jiný:

Další potřebné údaje:

hmotnost (kg):
sérový kreatinin (umol/l):
clearance kreatinu (ml/min):
urea (mmol/l):
hemodialýza: ANO ☐ NE ☐
peritoneální dialýza ANO ☐ NE ☐

Vyšetření požaduje:
IČZ / IČP: _ _ _ _ _ _ _ _
Odbornost: _ _ _
Telefon:

Razítko s adresou a podpis lékaře:

Pozn.: Seznam všech nabízených vyšetření s vyznačením akreditovaných/neakreditovaných metod je dostupný na www.zu.cz

1. 11. 2010