

Žiadanka na mikrobiologické vyšetrenia

Rodné číslo		Odber dátum	Čas	Dátum žiadanky	Zdr. poisťovňa	
Priezvisko, Meno, Titul				Lab. číslo		
Adresa bydliska			Vykonávajúci lekár - pečiatka			
Dg.	Dg.	Dg.				
Pozn.			Odporúčajúci lekár			
Atb. liečba:			kód lek.			
liek:			kód amb.			
Respiračný trakt- kultivačné vyš.			Iný biologický materiál- kultivačné vyš.			
<input type="checkbox"/>	Výter z nosovej dutiny		<input type="checkbox"/>	Výter z dutiny ústnej		
<input type="checkbox"/>	Výter z tonzíl		<input type="checkbox"/>	Vločka z výplachu pri sinusitíde		
<input type="checkbox"/>	Výter z laryngu		<input type="checkbox"/>	Likvor		
<input type="checkbox"/>	Spútum		<input type="checkbox"/>	Krv- hemokult. <input type="checkbox"/> aerób. <input type="checkbox"/> anaerób.		
<input type="checkbox"/>	Aspirát *		<input type="checkbox"/>	Ster kože pred hemokultúrou		
<input type="checkbox"/>	Bronchalv.laváž <input type="checkbox"/>	Bronchoskopia	<input type="checkbox"/>	Výter, oko <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		
Urogenitálny trakt- kultivačné vyš.			Výter, vonkajší zvukovod, pravé ucho			
<input type="checkbox"/>	moč -stredný prúd		<input type="checkbox"/>	Výter, vonkajší zvukovod, ľavé ucho		
<input type="checkbox"/>	moč- cievkovaný		<input type="checkbox"/>	Výter, stredné ucho, <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		
<input type="checkbox"/>	moč- permanentný katéter		<input type="checkbox"/>	Ster z kožných lézií *		
<input type="checkbox"/>	Výter z uretry		<input type="checkbox"/>	Výter z rany, ložiska *		
<input type="checkbox"/>	Prostatický sekret		<input type="checkbox"/>	Cievky, katétre, drény, flexily, kanyly *		
<input type="checkbox"/>	Ejakulát		<input type="checkbox"/>	Operačný materiál *		
<input type="checkbox"/>	Výter z cervixu		<input type="checkbox"/>	Tkanivá *		
<input type="checkbox"/>	Výter z pošvy		<input type="checkbox"/>	Hnis, punktát, absces *		
<input type="checkbox"/>	Ster z vulvy		<input type="checkbox"/>	Plodová voda		
Iné kultivačné, mikroskop. vyšetrenia			Placenta, lochie, materské mlieko *			
<input type="checkbox"/>	Kvasinky mikroskopicky, kultivačne		<input type="checkbox"/>	Dialyzát <input type="checkbox"/> Stolica		
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma, Ureaplasma kultivačne		<input type="checkbox"/>	Výter z rekta <input type="checkbox"/> Iný materiál*		
<input type="checkbox"/>	Neiss. gonorrhoeae, kult., mikroskop.		Dôkaz antigénov			
Parazitologické vyšetrenia			<input type="checkbox"/>	F-Rotavírus	<input type="checkbox"/>	F-Norovírus
<input type="checkbox"/>	F-črevné prvoky a vajíčka helmintov		<input type="checkbox"/>	F-Adenovírus	<input type="checkbox"/>	F-Astrovírus
<input type="checkbox"/>	F-cysty čr. prvokov-Giardia (Lamblia) int.		<input type="checkbox"/>	F-Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>	N-Strept.pyogenes
<input type="checkbox"/>	Perianálny zleп ,ster, Enterobius vermicul.		<input type="checkbox"/>	F-toxíny Clostrid. diff.	<input type="checkbox"/>	N-Chrípka A,B
<input type="checkbox"/>	Duodenálna šťava- Giardia (Lamblia) int.		<input type="checkbox"/>	F-Campylob.jejuni	<input type="checkbox"/>	N-Adeno
<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie Trichomonas vaginalis		<input type="checkbox"/>	I-Chlamydia trachomat.	<input type="checkbox"/>	N-RSV
Iné vyšetrenia:						

Pozn.: F-Stolica, I- Iný materiál , N-Nasopharyng

*Blížšie charakterizujte!

Žiadanka na mikrobiologické vyšetrenia

Rodné číslo		Odber dátum	Čas	Dátum žiadanky	Zdr. poisťovňa	
Priezvisko, Meno, Titul				Lab. číslo		
Adresa bydliska			Vykonávajúci lekár - pečiatka			
Dg.	Dg.	Dg.				
Pozn.			Odporúčajúci lekár			
Atb. liečba:			kód lek.			
liek:			kód amb.			
Respiračný trakt- kultivačné vyš.			Iný biologický materiál- kultivačné vyš.			
<input type="checkbox"/>	Výter z nosovej dutiny		<input type="checkbox"/>	Výter z dutiny ústnej		
<input type="checkbox"/>	Výter z tonzíl		<input type="checkbox"/>	Vločka z výplachu pri sinusitíde		
<input type="checkbox"/>	Výter z laryngu		<input type="checkbox"/>	Likvor		
<input type="checkbox"/>	Spútum		<input type="checkbox"/>	Krv- hemokult. <input type="checkbox"/> aerób. <input type="checkbox"/> anaerób.		
<input type="checkbox"/>	Aspirát *		<input type="checkbox"/>	Ster kože pred hemokultúrou		
<input type="checkbox"/>	Bronchalv.laváž <input type="checkbox"/>	Bronchoskopia	<input type="checkbox"/>	Výter, oko <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		
Urogenitálny trakt- kultivačné vyš.			Výter, vonkajší zvukovod, pravé ucho			
<input type="checkbox"/>	moč -stredný prúd		<input type="checkbox"/>	Výter, vonkajší zvukovod, ľavé ucho		
<input type="checkbox"/>	moč- cievkovaný		<input type="checkbox"/>	Výter, stredné ucho, <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		
<input type="checkbox"/>	moč- permanentný katéter		<input type="checkbox"/>	Ster z kožných lézií *		
<input type="checkbox"/>	Výter z uretry		<input type="checkbox"/>	Výter z rany, ložiska *		
<input type="checkbox"/>	Prostatický sekret		<input type="checkbox"/>	Cievky, katétre, drény, flexily, kanyly *		
<input type="checkbox"/>	Ejakulát		<input type="checkbox"/>	Operačný materiál *		
<input type="checkbox"/>	Výter z cervixu		<input type="checkbox"/>	Tkanivá *		
<input type="checkbox"/>	Výter z pošvy		<input type="checkbox"/>	Hnis, punktát, absces *		
<input type="checkbox"/>	Ster z vulvy		<input type="checkbox"/>	Plodová voda		
Iné kultivačné, mikroskop. vyšetrenia			Placenta, lochie, materské mlieko *			
<input type="checkbox"/>	Kvasinky mikroskopicky, kultivačne		<input type="checkbox"/>	Dialyzát <input type="checkbox"/> Stolica		
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma, Ureaplasma kultivačne		<input type="checkbox"/>	Výter z rekta <input type="checkbox"/> Iný materiál*		
<input type="checkbox"/>	Neiss. gonorrhoeae, kult., mikroskop.		Dôkaz antigénov			
Parazitologické vyšetrenia			<input type="checkbox"/>	F-Rotavírus	<input type="checkbox"/>	F-Norovírus
<input type="checkbox"/>	F-črevné prvoky a vajíčka helmintov		<input type="checkbox"/>	F-Adenovírus	<input type="checkbox"/>	F-Astrovírus
<input type="checkbox"/>	F-cysty čr. prvokov-Giardia (Lamblia) int.		<input type="checkbox"/>	F-Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>	N-Strept.pyogenes
<input type="checkbox"/>	Perianálny zleп ,ster, Enterobius vermicul.		<input type="checkbox"/>	F-toxíny Clostrid. diff.	<input type="checkbox"/>	N-Chrípka A,B
<input type="checkbox"/>	Duodenálna šťava- Giardia (Lamblia) int.		<input type="checkbox"/>	F-Campylob.jejuni	<input type="checkbox"/>	N-Adeno
<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie Trichomonas vaginalis		<input type="checkbox"/>	I-Chlamydia trachomat.	<input type="checkbox"/>	N-RSV
Iné vyšetrenia:						

Pozn.: F-Stolica, I- Iný materiál , N-Nasopharyng

*Blížšie charakterizujte!