


Datum odběru: Čas odběru:	Mikrobiologická žádanka - bakteriologie			Evidenční číslo OLM	
	Příjmení a jméno				
Primární vzorek odebral:	Identifikační číslo*	žena	muž		
 AGEL Středomoravská nemocniční a.s. Oddělení laboratorní medicíny Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov tel: 582 315 586 web: laborator.smn.agel.cz, www.agellab.cz Výsledky chci zaslat: elektronicky <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/>	Adresa pacienta			Zdravotní pojišťovna:	Diagnózy:
	Razítko a podpis lékaře, oddělení			ATB terapie:	
			Návrat z ciziny (země):		

BAKTERIOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ**STĚRY - ZÁKLADNÍ KULTIVACE + ATB citlivost****

Krk	<input type="checkbox"/>	Ucho	<input type="checkbox"/>	Rektum	<input type="checkbox"/>	Cervix	<input type="checkbox"/>
Nos	<input type="checkbox"/>	Oko	<input type="checkbox"/>	Rektum (dysmikrobie?)	<input type="checkbox"/>	Pochva (zánět)	<input type="checkbox"/>
Nos - screening MRSA	<input type="checkbox"/>	Kůže	<input type="checkbox"/>	Rektum (CPE)	<input type="checkbox"/>	Pochva (zánět + GBS)	<input type="checkbox"/>
Dutina ústní	<input type="checkbox"/>	Kůže před hemokulturou	<input type="checkbox"/>	Perineum (screening MRSA)	<input type="checkbox"/>	Pochva jen GBS	<input type="checkbox"/>
Jazyk	<input type="checkbox"/>	Rána (lokalita)	<input type="checkbox"/>	Uretra	<input type="checkbox"/>	Jiný stěr (lokalita)	<input type="checkbox"/>

Další požadavky z výše uvedených stěrů

Kvasinky	<input type="checkbox"/>	Neisseria gonorrhoeae	<input type="checkbox"/>	Yersinia sp. (rektum)	<input type="checkbox"/>
Plísňe	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae (rektum)	<input type="checkbox"/>
C. diphtheriae	<input type="checkbox"/>	Ureaplasma urealyticum	<input type="checkbox"/>	Staphylococcus aureus (rektum)	<input type="checkbox"/>
B. pertussis/parapertussis***	<input type="checkbox"/>	Jiné požadavky	<input type="checkbox"/>	Listeria sp. (rektum)	<input type="checkbox"/>
Neisseria meningitidis	<input type="checkbox"/>			Alimentární intoxikace	<input type="checkbox"/>

BIOLOGICKÝ MATERIÁL - ZÁKLADNÍ KULTIVACE + ATB citlivost**

Moč - spontánní	<input type="checkbox"/>	Sputum	<input type="checkbox"/>	Stolice	<input type="checkbox"/>	Hnis	<input type="checkbox"/>
Moč - PMK	<input type="checkbox"/>	Sputum - odsávací katetr	<input type="checkbox"/>	Stolice - kultivace C.difficile	<input type="checkbox"/>	Aspirát	<input type="checkbox"/>
Moč - cévkovaná	<input type="checkbox"/>					Punktát	<input type="checkbox"/>
Moč - drén (ND, EPI)	<input type="checkbox"/>					Drén	<input type="checkbox"/>
Ejakulát	<input type="checkbox"/>					Kanyla	<input type="checkbox"/>

Další požadavky z výše uvedených biologických materiálů

Mycoplasma hom. (moč, stěr)	<input type="checkbox"/>	Legionella sp.	<input type="checkbox"/>	Virologické vyš. stolice (rota+adeno+noro+astro+ enteroviry)	<input type="checkbox"/>	IUD	<input type="checkbox"/>
Ureaplasma ureal. (moč, stěr)	<input type="checkbox"/>	Anaerobní kultivace	<input type="checkbox"/>	Helicobacter pyl. Ag - IF	<input type="checkbox"/>	Žluč	<input type="checkbox"/>
Legionella (moč - IF)	<input type="checkbox"/>	Nokardie	<input type="checkbox"/>	C.difficile (Ag+toxiny) - IF	<input type="checkbox"/>	Likvor	<input type="checkbox"/>
Pneumokok (moč - IF)	<input type="checkbox"/>	Aktinomycety	<input type="checkbox"/>	Parazitologické vyš.	<input type="checkbox"/>	H. pylori (tkáň)***	<input type="checkbox"/>
		Stěr nosohltan - respir. viry:		Enterobióza (Iepex)	<input type="checkbox"/>	Jiné	<input type="checkbox"/>
		FLU A/B - IF	<input type="checkbox"/>				
		RSV - IF	<input type="checkbox"/>				
		Adenoviry - IF	<input type="checkbox"/>				
		SARS-CoV-2 - IF	<input type="checkbox"/>				

Jakékoliv další požadavky ze stěrů nebo biologického materiálu

Pitevni materiál

Kvasinky	<input type="checkbox"/>	Citlivost kvantitativní MIC	<input type="checkbox"/>	Tkáň z
Plísňe	<input type="checkbox"/>	Aglutinace likvor	<input type="checkbox"/>	Stěr z
MOP (pochva)	<input type="checkbox"/>	Tkáňové parazitózy****	<input type="checkbox"/>	Jiné

Jiná sdělení či požadavky na vyšetření:

** Kvalitativní ATB citlivost je prováděna jen u potenciálních patogenů.

*** stěr z nosohltanu přes nos

**** až po domluvě s laboratoří