

Léčba antibiotiky:

Alergie na antibiotika:

Razítko a podpis lékaře:

BAKTERIOLOGICKÁ ŽÁDANKA	
Číslo pojistěnce:	Poj.:
Příjmení:	
Jméno, titul:	Samoplátce:
Dg.:	Datum indikace:
Kontakt na pacienta:	
U cizinců	
Datum narození:	Pohlaví:
Datum odběru:	Čas odb.:

RESPIRAČNÍ SYSTÉM	KLINICKÉ VZORKY	KANYLY, KATETRY, DRÉNY
<input type="checkbox"/> KRK	<input type="checkbox"/> ZEVNÍ ZVUKOVOD P	<input type="checkbox"/> ČŽK
<input type="checkbox"/> NOS	<input type="checkbox"/> ZEVNÍ ZVUKOVOD L	<input type="checkbox"/> MIDLINE
<input type="checkbox"/> NOSOHLTAN	<input type="checkbox"/> SEKRET ZE STŘEDOUŠÍ P	<input type="checkbox"/> ARTERIÁLNÍ
<input type="checkbox"/> LARYNX	<input type="checkbox"/> SEKRET ZE STŘEDOUŠÍ L	<input type="checkbox"/> PMK
<input type="checkbox"/> TONSILA P	<input type="checkbox"/> SPOJVKOVÝ VAK P	<input type="checkbox"/> JINÉ VYŠETŘENÍ:
<input type="checkbox"/> TONSILA L	<input type="checkbox"/> SPOJVKOVÝ VAK L	<b>HEMOKULTURY</b>
<input type="checkbox"/> DUTINA ÚSTNÍ	<input type="checkbox"/> STĚR Z KŮŽE Z:	1. HK - ČAS ODBĚRU:
<input type="checkbox"/> JAZYK	<input type="checkbox"/> STĚR Z RÁNY Z:	<input type="checkbox"/> PERIF
<input type="checkbox"/> VEDLEJŠÍ DUTINY NOSNÍ	<input type="checkbox"/> DEKUBITUS Z:	<input type="checkbox"/> ČŽK
<input type="checkbox"/> SPUTUM bakteriologicky	<input type="checkbox"/> BÉRCOVÝ VŘED Z:	<input type="checkbox"/> STĚR Z KŮŽE (před odběrem HK)
<input type="checkbox"/> SPUTUM TBC *	<input type="checkbox"/> AKNÉ	2. HK - ČAS ODBĚRU:
<input type="checkbox"/> ASPIRÁT	<input type="checkbox"/> IMPETIGO	<input type="checkbox"/> PERIF
<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> ABSCES Z:	<input type="checkbox"/> ČŽK
<input type="checkbox"/> STĚR Z TRACHEOSTOMIE	<input type="checkbox"/> TKÁŇ Z:	<input type="checkbox"/> STĚR Z KŮŽE (před odběrem HK)
<input type="checkbox"/> STĚR Z OKOLÍ TRACHEOSTOMIE	<input type="checkbox"/> HNIS Z:	3. HK - ČAS ODBĚRU:
<b>CHŘÍPKA A (vč. H1N1) a B Ag (RAPID t.)</b>	<input type="checkbox"/> PUNKTÁT Z:	<input type="checkbox"/> PERIF
<input type="checkbox"/> NOSOHLTAN	<input type="checkbox"/> ASCITES	<input type="checkbox"/> ČŽK
<input type="checkbox"/> NOS	<input type="checkbox"/> ŽLUČ	<input type="checkbox"/> STĚR Z KŮŽE (před odběrem HK)
<input type="checkbox"/> KRK	<input type="checkbox"/> PÍŠTĚL Z:	
<b>VYŠETŘENÍ NA MRSA</b>		JINÉ VYŠETŘENÍ:
TYP VZORKU:		
<input type="checkbox"/> JEN CÍLENÉ		
<input type="checkbox"/> V RÁMCI KOMPLETNÍHO VYŠETŘENÍ		

UROGENITÁLNÍ SYSTÉM	GASTROINTESTINÁLNÍ SYSTÉM	PCR (vyplnit i druh materiálu)
<input type="checkbox"/> MOČ SPONTÁNNÍ	<input type="checkbox"/> GRAHAMOVA METODA (otisk)	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis
<input type="checkbox"/> MOČ z PMK	POČET:	<input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis
<input type="checkbox"/> MOČ cévkovaná jednorázově	<b>VÝTĚR Z REKTA</b>	<input type="checkbox"/> Ureaplasma species
<input type="checkbox"/> MOČ ZE STOMIE Z:	<input type="checkbox"/> vyš.na běžné patogeny	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae
<input type="checkbox"/> JINÉ:	<input type="checkbox"/> vyš. po návratu z ciziny	<input type="checkbox"/> STD plex (Ch. trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis, M. genitalium, M. hominis, U. urealyticum, U. parvum)
	<input type="checkbox"/> kontrolní výtěr na:	
<input type="checkbox"/> URETRA	<b>STOLICE</b>	Druh materiálu:
<input type="checkbox"/> VAGINA	<input type="checkbox"/> PARAZITOLOGICKÉ vyšetření *	<input type="checkbox"/> MOČ 1. proud
<input type="checkbox"/> CERVIX	POČET:	<input type="checkbox"/> Stěr uretra
<input type="checkbox"/> MOP	<input type="checkbox"/> ROTAVIRY / ADENOVIRY Ag (RAPID test)	<input type="checkbox"/> Stěr vagina
<input type="checkbox"/> VULVA	<input type="checkbox"/> NOROVIRY Ag(RAPID test)	<input type="checkbox"/> Stěr cervix
<input type="checkbox"/> EJAKULÁT	<input type="checkbox"/> ASTROVIRY Ag (RAPID test)	<input type="checkbox"/> jiné:
<input type="checkbox"/> PROSTAT. SEKRET	<input type="checkbox"/> CLOSTRIDIODES DIFFICILE Ag + toxiny (RAPID test)	<input type="checkbox"/> HPV *
<input type="checkbox"/> IUD	<input type="checkbox"/> STOLICE NA KULTIVACI	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (vyplnit adresu a kontakt na pac.)
<input type="checkbox"/> SCREENING GBS (vagina)	<b>LABORATOŘ STERILIT</b>	Druh materiálu:
<input type="checkbox"/> SCREENING GBS (rectum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nasopharynx
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oropharynx
<input type="checkbox"/> MYCOPLASMA HOMINIS/ UREAPLASMA sp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nasopharynx + Oropharynx
<input type="checkbox"/> MOČ 1. proud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jiné:
<input type="checkbox"/> URETRA	<input type="checkbox"/>	<b>MYKOLOGIE</b>
<input type="checkbox"/> CERVIX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BĚŽNÁ KULTIVACE + NÁSLEDNÉ SPECIALIZ. MYKOL. VYŠETŘENÍ *
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> POUZE SPECIALIZOVANÉ MYKOL. VYŠETŘENÍ *
<input type="checkbox"/> CHLAM. TRACHOMATIS Ag (RAPID test)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> JINÉ:
<input type="checkbox"/> MOČ 1.proud (muži)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AUTOVAKCÍNA * (uved'te telefonický kontakt na pacienta)
<input type="checkbox"/> URETRA (muži)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CERVIX	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
<b>PRŮKAZ ANTIGENŮ V MOČI</b>	PODPIS:	JINÁ SDĚLENÍ, POZNÁMKY:
<input type="checkbox"/> Ag Streptococcus pneumoniae		
<input type="checkbox"/> Ag Legionella pneumophila		
<input type="checkbox"/> TRICHOMONAS VAGINALIS* (Kultivačně - předem volat do laboratoře)		

\* Vyšetření prováděné ve smluvní laboratoři