


ŽÁDANKA O MIKROBIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ				
Oddělení klinické mikrobiologie Pavilon H, přízemí (☎):2274, 2430				Razítko odesílatele
Jméno lékaře:		☎:		
IČP:				
Odbornost:				
Příjmení Pacienta		Datum odběru		
Jméno		Pojišťovna		
Rodné číslo		Diagnóza		
POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ				
materiál		místo odběru		
čas odběru		teplota u hemokultivace		
léčba ATB				
druh požadovaného vyšetření				
kultivace + citlivost na ATB		průkaz antigenu		
anaerobní kultivace		<i>S. pneumoniae</i>		
průkaz toxinu <i>C. difficile</i>		<i>N. meningitidis</i>		
		virové enteritidy		
		<i>Legionella sp.</i>		
TBC				
mikroskopie, kultivace, ciltivost				
rozšířená ciltivost				
PCR				
PCR + geny rezistence				
mykologická kultivace		sérologie		
NEVYPLŇUJTE				
Datum/hod. přijetí materiálu		Podpis		