



Laboratorium Mikrobiologiczne

tel. (32) 34-99-256; (32) 34-99-257; e-mail: labmik.dz@zsm.com.pl

strona 1 z 1

ZLECENIE BADAŃ MIKROBIOLOGICZNYCH *

NR BADANIA: (wypełnia Laboratorium Mikrobiologiczne)		KOD KRESKOWY:	
DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU (pieczęć)		DANE PACJENTA:	
Telefon: Data zlecenia:		Nazwisko:	
DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:		Imię:	
pieczęć i podpis lekarza:		PESEL / ID pacjenta:	
		Data urodzenia: Płeć: K / M	
		Adres:	
		Seria i nr dok. tożsamości:	
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:	☐ Krew żylna ☐ Krew z CVC ☐ Krew tętnicza ☐ Płyn mózgowo-rdzeniowy ☐ końcówka CVC ☐ Mocz ze środkowego strumienia ☐ Mocz z pierwszego strumienia ☐ Mocz z jednorazowego cewnikowania ☐ Mocz z cewnika założonego na stałe ☐ Mocz z nerki /nefrostomia:..... ☐ Kał ☐ Wymaz z odbytu	☐ Popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (BAL) ☐ Wydzielina z drzewa oskrzelowego ☐ Plwocina ☐ Aspirat tchawicy ☐ Płyn opłucnowy ☐ Wymaz z gardła/migdałków ☐ Wymaz z nosa ☐ Wymaz z ucha..... ☐ Wymaz ze spojówki:	☐ Wymaz z pochwy ☐ Wymaz z kanału szyjki macicy ☐ Płyn otrzewnowy ☐ Treść ropna ☐ Wydzielina z drenu ☐ Wymaz z jamy brzusznej ☐ Wymaz z rany ☐ Wymaz z rany pooperacyjnej ☐ Wymaz z odleżyny/owrzodzenia ☐ Biopiat / wycinek tkanki ☐ zeszkrobiny skórne..... ☐ Inny
Data: godzina: UWAGI:	STOSOWANE ANTYBIOTYKI LUB LEKI PRZECIWGRZYBICZE:		
☐ Amikacyna ☐ Amoksycylina/klawulanian ☐ Cefepim ☐ Cefotaksym ☐ Ceftraksym ☐ Cefuroksym ☐ Ciprofloksacyna	☐ Erytromycyna ☐ Gentamycyna ☐ Imipenem ☐ Klindamycyna ☐ Kolistyna ☐ Lewofloksacyna ☐ Linezolid ☐ Meropenem ☐ Inny	☐ Metronidazol ☐ Netylmocyna ☐ Piperacylina/tazobaktam ☐ Teikoplanina ☐ Tetracyklina ☐ Tigecyklina ☐ Trimetoprim/sulfametoksazol ☐ Wankomocyna ☐ Inny	☐ Amfoterycyna B ☐ Anidulafungina ☐ Flukonazol ☐ Itrakonazol ☐ Kaspofungina ☐ Mikafungina ☐ Posakonazol ☐ Worikonazol ☐ Inny
KIERUNEK BADANIA:	☐ NOSICIELSTWO/KOLONIZACJA ☐ MSSA/MRSA ☐ VRE ☐ PAŁECZKI GRAM-UJEMNE ☐ Inne	☐ Mycoplasma/Ureaplasma ☐ Neisseria gonorrhoeae ☐ Neisseria meningitidis ☐ Streptococcus agalactiae ☐ Inne	CZAS OD MOMENTU HOSPITALIZACJI DO POBRANIA MATERIAŁU: ☐ DO 72 GODZ. ☐ PO 72 GODZ.
ISTOTNE DANE KLINICZNE:			
DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:			
Imię i nazwisko			
PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Laboratorium Mikrobiologiczne)			
Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis)			

* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie