

## 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.	Iný biologický materiál- kultivačné vyš.
-------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> moč -stredný prúd	<input type="checkbox"/> Výter, vonkajší zvukovod, pravé ucho
<input type="checkbox"/> moč- cievkovaný	<input type="checkbox"/> Výter, vonkajší zvukovod, ľavé ucho
<input type="checkbox"/> moč- permanentný katéter	<input type="checkbox"/> Výter, stredné ucho, <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé
<input type="checkbox"/> Výter z uretry	<input type="checkbox"/> Ster z kožných lézií *
<input type="checkbox"/> Prostatický sekret	<input type="checkbox"/> Výter z rany, ložiska *
<input type="checkbox"/> Ejakulát	<input type="checkbox"/> Cievky, katétre, drény, flexily, kanyly *
<input type="checkbox"/> Výter z cervixu	<input type="checkbox"/> Operačný materiál *
<input type="checkbox"/> Výter z pošvy	<input type="checkbox"/> Tkanivá *
<input type="checkbox"/> Ster z vulvy	<input type="checkbox"/> Hnis, punktát, absces *
	<input type="checkbox"/> Plodová voda

Iné kultivačné, mikroskop. vyšetrenia	Iné kultivačné, mikroskop. vyšetrenia
---------------------------------------	---------------------------------------

<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.	

Parazitologické vyšetrenia	Dôkaz antigénov
----------------------------	-----------------

<input type="checkbox"/> F-črevné prvky a vajíčka helmintov	<input type="checkbox"/> F-Rotavírus	<input type="checkbox"/> F-Norovírus
<input type="checkbox"/> F-cysty čr. prvokov-Giardia ( Lamblia ) int.	<input type="checkbox"/> F-Adenovírus	<input type="checkbox"/> F-Astrovírus
<input type="checkbox"/> Perianálny zleп ,ster, Enterobius vermicul.	<input type="checkbox"/> F-Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/> N-Strept.pyogenes
<input type="checkbox"/> Duodenálna šŕava- Giardia ( Lamblia ) int.	<input type="checkbox"/> F-toxíny Clostrid. diff.	<input type="checkbox"/> N-Chrípka A,B
<input type="checkbox"/> Vyšetrenie Trichomonas vaginalis	<input type="checkbox"/> F-Campylob.jejuni	<input type="checkbox"/> N-Adeno
	<input type="checkbox"/> I-Chlamydia trachomat.	<input type="checkbox"/> N-RSV

Iné vyšetrenia:

Pozn.: F-Stolica, I- Iný materiál , N-Nasopharyng \*Bližšie 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.	Iný biologický materiál- kultivačné vyš.
-------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> moč -stredný prúd	<input type="checkbox"/> Výter, vonkajší zvukovod, pravé ucho
<input type="checkbox"/> moč- cievkovaný	<input type="checkbox"/> Výter, vonkajší zvukovod, ľavé ucho
<input type="checkbox"/> moč- permanentný katéter	<input type="checkbox"/> Výter, stredné ucho, <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé
<input type="checkbox"/> Výter z uretry	<input type="checkbox"/> Ster z kožných lézií *
<input type="checkbox"/> Prostatický sekret	<input type="checkbox"/> Výter z rany, ložiska *
<input type="checkbox"/> Ejakulát	<input type="checkbox"/> Cievky, katétre, drény, flexily, kanyly *
<input type="checkbox"/> Výter z cervixu	<input type="checkbox"/> Operačný materiál *
<input type="checkbox"/> Výter z pošvy	<input type="checkbox"/> Tkanivá *
<input type="checkbox"/> Ster z vulvy	<input type="checkbox"/> Hnis, punktát, absces *
	<input type="checkbox"/> Plodová voda

Iné kultivačné, mikroskop. vyšetrenia	Iné kultivačné, mikroskop. vyšetrenia
---------------------------------------	---------------------------------------

<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.	

Parazitologické vyšetrenia	Dôkaz antigénov
----------------------------	-----------------

<input type="checkbox"/> F-črevné prvky a vajíčka helmintov	<input type="checkbox"/> F-Rotavírus	<input type="checkbox"/> F-Norovírus
<input type="checkbox"/> F-cysty čr. prvokov-Giardia ( Lamblia ) int.	<input type="checkbox"/> F-Adenovírus	<input type="checkbox"/> F-Astrovírus
<input type="checkbox"/> Perianálny zleп ,ster, Enterobius vermicul.	<input type="checkbox"/> F-Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/> N-Strept.pyogenes
<input type="checkbox"/> Duodenálna šŕava- Giardia ( Lamblia ) int.	<input type="checkbox"/> F-toxíny Clostrid. diff.	<input type="checkbox"/> N-Chrípka A,B
<input type="checkbox"/> Vyšetrenie Trichomonas vaginalis	<input type="checkbox"/> F-Campylob.jejuni	<input type="checkbox"/> N-Adeno
	<input type="checkbox"/> I-Chlamydia trachomat.	<input type="checkbox"/> N-RSV

Iné vyšetrenia:

Pozn.: F-Stolica, I- Iný materiál , N-Nasopharyng \*Bližšie charakterizujte!