

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ



EUC Laboratoře s.r.o.

www.euclaboratore.cz
info@euclaboratore.cz

Číslo pojistěnce		Kód pojistovny	
Příjmení		Jméno	
Datum nar. u cizinců		<input type="checkbox"/> Samoplátce	
Diagnóza		<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	
<input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> Výsledky osobně	Tel/Fax		
Adresa pacienta			
Klinicky významné údaje			

Datum a čas odběru	
Provedl	
Razítko a podpis lékaře (IČP):	

EUC Laboratoře, Sokolovská 31/155, Praha 8, centrální laboratoř	226 224 900
EUC Laboratoře, Palackého 5, Praha 1, biochemie, hematologie	226 224 905
— „ — mikrobiol. lab. molekul. biologie (PCR)	226 224 999
EUC Klinika České Budějovice, Matice školské 17	387 730 333
EUC Klinika Plzeň, Denisovo nábř. 4, Skrétova 47, Plzeň	377 221 801
EUC Klinika Ústí nad Labem, Masarykova 92, Ústí nad Labem	477 102 166
EUC Klinika Přelouč, poliklinika HELP, Karla Šípka 282, Pardubice	464 600 467
EUC Klinika Kladno, Huřská 211, Kladno	312 619 164
Nemocnice Frýdlant, V Úvoze 860, Frýdlant	482 369 262
Nemocnice Atlas, třída Tomáše Bati 5135, Zlín	571 857 230

Mikrobiologická vyšetření Laboratoř Sokolovská, tel: 226 224 973, 972

Jak vyplňovat: Správně Chybně

	Respirační trakt	Urogenitální trakt	Gastrointestinální trakt	
<input type="checkbox"/> návrat z ciziny	<input type="checkbox"/> krk <input type="checkbox"/> nos <input type="checkbox"/> tonsila <input type="checkbox"/> nosohltan <input type="checkbox"/> laryng <input type="checkbox"/> dutina ústní <input type="checkbox"/> sputum <input type="checkbox"/> jazyk – stěr <input type="checkbox"/> punktát dutin	<input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> cévkovaná <input type="checkbox"/> z katetru <input type="checkbox"/> z nefrostomie <input type="checkbox"/> uricult <input type="checkbox"/> základní vyšetření <input type="checkbox"/> mykologické vyšetření <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis – průkaz Ag <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis + Ureaplasma urealyticum	<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> cervix <input type="checkbox"/> uretra <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> prostatický sekret <input type="checkbox"/> ejakulát <input type="checkbox"/> základní vyšetření (vč.G. vag.) <input type="checkbox"/> mykologické vyšetření <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> screening GBS <input type="checkbox"/> anaerobní vyšetření <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis – průkaz Ag <input type="checkbox"/> CAT (Trichomonas + Candida sp.) <input type="checkbox"/> MOP <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis + Ureaplasma urealyticum	<input type="checkbox"/> rektální výtěr <input type="checkbox"/> stolice <input type="checkbox"/> základní vyšetření <input type="checkbox"/> mykologické vyšetření <input type="checkbox"/> Salmonella sp. <input type="checkbox"/> Campylobacter sp. <input type="checkbox"/> Yersinia sp. <input type="checkbox"/> patogenní E. coli <input type="checkbox"/> rotaviry + adenoviry – průkaz Ag <input type="checkbox"/> noroviry – průkaz Ag <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori – průkaz Ag <input type="checkbox"/> Clostridium difficile – průkaz Ag + toxin
Počet zaslaných materiálů	výtěr	moč	výtěr	
ATB terapie			stolice	
Citlivost	<input type="checkbox"/> základní vyšetření <input type="checkbox"/> mykologické vyšetření <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Bordetella sp. <input type="checkbox"/> MRSA			
<input type="checkbox"/> celková <input type="checkbox"/> lokální				

Uveďte adresu pacienta

Jiný klinický materiál			
<input type="checkbox"/> rána <input type="checkbox"/> absces <input type="checkbox"/> bérc. vřed <input type="checkbox"/> kožní ložisko <input type="checkbox"/> hnis	<input type="checkbox"/> oko <input type="checkbox"/> ucho <input type="checkbox"/> punktát <input type="checkbox"/> dialyzát <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> katetr <input type="checkbox"/> perineum <input type="checkbox"/> kůže – šupiny <input type="checkbox"/> nehty – šupiny	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> základní vyšetření <input type="checkbox"/> anaerobní vyšetření <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> mykologické vyšetření <input type="checkbox"/> průkaz dermatofyt <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis – průkaz Ag	<input type="checkbox"/> hemokultura č. 1 <input type="checkbox"/> hemokultura č. 2 <input type="checkbox"/> stěr kůže k hemokultuře čas odběru
Poznámky			<input type="checkbox"/> Autovakcína požadovaný kmen

