	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod Úsek klinické mikrobiologie tel. 569 472 439
	Žádanka o laboratorní vyšetření bakteriologické a mykologické
IČO: 00179540	
Příjmení:	
Jméno:	
Č. pojištěnce/pohlaví:	Poj.
Bydliště:	
Datum odběru:	Čas odběru:
ATB terapie:	Dg.
Odebraný materiál:	
Lokalizace:	

základní vyšetření mykologické vyšetření

Cílená vyšetření:

- Mycobacterium tuberculosis* a další mykobakterie
- urogenitální mykoplazmata (se stanovením rezistence na ATB)
- kultivace *Neisseria gonorrhoeae* (GO)
- kultivace *Helicobacter pylori*
- kultivace *Bordetella pertussis/ parapertussis*
- kultivace *Corynebacterium diphtheriae*
- aktinomycety
- stanovení mikroskopického obrazu poševního (MOP)
- průkaz antigenu chřipky A,B, RS viru a Adenoviru
- kultivace *Trichomonas vaginalis*

Screening

- Streptococcus agalactiae* (v graviditě)
- MRSA
- kontakt s *Neisseria meningitidis*
- Jiné:

Autovakcína

tel. kontakt na pacienta:


Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (ICZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod Úsek klinické mikrobiologie tel. 569 472 439
	Žádanka o laboratorní vyšetření bakteriologické a mykologické
IČO: 00179540	
Příjmení:	
Jméno:	
Č. pojištěnce/pohlaví:	Poj.
Bydliště:	
Datum odběru:	Čas odběru:
ATB terapie:	Dg.
Odebraný materiál:	
Lokalizace:	

základní vyšetření mykologické vyšetření

Cílená vyšetření:

- Mycobacterium tuberculosis* a další mykobakterie
- urogenitální mykoplazmata (se stanovením rezistence na ATB)
- kultivace *Neisseria gonorrhoeae* (GO)
- kultivace *Helicobacter pylori*
- kultivace *Bordetella pertussis/ parapertussis*
- kultivace *Corynebacterium diphtheriae*
- aktinomycety
- stanovení mikroskopického obrazu poševního (MOP)
- průkaz antigenu chřipky A,B, RS viru a Adenoviru
- kultivace *Trichomonas vaginalis*

Screening

- Streptococcus agalactiae* (v graviditě)
- MRSA
- kontakt s *Neisseria meningitidis*
- Jiné:

Autovakcína

tel. kontakt na pacienta:


Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (ICZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod Úsek klinické mikrobiologie tel. 569 472 439
	Žádanka o laboratorní vyšetření bakteriologické a mykologické
IČO: 00179540	
Příjmení:	
Jméno:	
Č. pojištěnce/pohlaví:	Poj.
Bydliště:	
Datum odběru:	Čas odběru:
ATB terapie:	Dg.
Odebraný materiál:	
Lokalizace:	

základní vyšetření mykologické vyšetření

Cílená vyšetření:

- Mycobacterium tuberculosis* a další mykobakterie
- urogenitální mykoplazmata (se stanovením rezistence na ATB)
- kultivace *Neisseria gonorrhoeae* (GO)
- kultivace *Helicobacter pylori*
- kultivace *Bordetella pertussis/ parapertussis*
- kultivace *Corynebacterium diphtheriae*
- aktinomycety
- stanovení mikroskopického obrazu poševního (MOP)
- průkaz antigenu chřipky A,B, RS viru a Adenoviru
- kultivace *Trichomonas vaginalis*

Screening

- Streptococcus agalactiae* (v graviditě)
- MRSA
- kontakt s *Neisseria meningitidis*
- Jiné:

Autovakcína

tel. kontakt na pacienta:

Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (ICZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo: