



Žiadanka na vyšetrenie MIKROBIOLÓGIA

Rodné č.	
Priezvisko	
Meno	Titul
Bydlisko	
ATB liečba súčasná	

Číslo žiadanky				
Dátum odberu				
Čas odberu	Pečiatka a podpis lekára			
Diag.1	Diag.2	Diag.3	Poist'	

BAKTERIOLÓGIA	
Odobraný materiál	
<input type="checkbox"/> Výter z tonzíl	<input type="checkbox"/> Ster z kože
<input type="checkbox"/> Výter z nosa	<input type="checkbox"/> Ster z rany
<input type="checkbox"/> Výter z laryngu	<input type="checkbox"/> Ster z jazyka
<input type="checkbox"/> Výter z nasopharyngu	<input type="checkbox"/> Ster z ucha
<input type="checkbox"/> Výter z recta	<input type="checkbox"/> Ster z oka
<input type="checkbox"/> Výter z pošvy	<input type="checkbox"/> Ster z kanyly
<input type="checkbox"/> Výter z cervixu	<input type="checkbox"/> Ster z katétra
<input type="checkbox"/> Ster z uretry	<input type="checkbox"/> Výplach z dutín
<input type="checkbox"/> Moč - stredný prúd	<input type="checkbox"/> Drén
<input type="checkbox"/> Moč - cievkovaný	<input type="checkbox"/> Ejakulát
<input type="checkbox"/> Hnis	<input type="checkbox"/> Lochie
<input type="checkbox"/> Stolica	<input type="checkbox"/> Likvor
<input type="checkbox"/> Spútum	<input type="checkbox"/> Krv na hemokultiváciu
<input type="checkbox"/> Punkčat	<input type="checkbox"/> Pupok
<input type="checkbox"/> Aspirát	<input type="checkbox"/> Glans
<input type="checkbox"/> Exudát	<input type="checkbox"/> Menštruačná krv
<input type="checkbox"/> Žič	<input type="checkbox"/> Appendix
<input type="checkbox"/> Dialyzát	<input type="checkbox"/> Sliny
<input type="checkbox"/> Plodová voda	<input type="checkbox"/> Absces
<input type="checkbox"/> Mlieko	<input type="checkbox"/> Iný materiál
<input type="checkbox"/> Pooperačná rana	<input type="checkbox"/>
Požadované vyšetrenia	
<input type="checkbox"/> Mikroskopia	<input type="checkbox"/> ATB kvantitatívne - MIC
<input type="checkbox"/> Kultivácia aerobná	<input type="checkbox"/> Kultivácia na GO (kvapavka)
<input type="checkbox"/> Kultivácia anaerobná	<input type="checkbox"/> Kultivácia na Campylobacter
<input type="checkbox"/> Kultivácia na kvasinky	<input type="checkbox"/> Kultivácia na Salmonely a Shigely
<input type="checkbox"/> Mycoplazma/ureaplazma	<input type="checkbox"/> Kultivácia na Helicobacter
<input type="checkbox"/> Chlamýdie	<input type="checkbox"/> Iné vyšetrenia
<input type="checkbox"/> Citlivosť na ATB	
PARAZITOLÓGIA	
Odobraný materiál	
<input type="checkbox"/> Perianálny zlepenie na sklíčku	<input type="checkbox"/> Ster z pošvy na Trichomonas vaginalis
<input type="checkbox"/> Stolica na vajčka helmintov	<input type="checkbox"/> Iné
<input type="checkbox"/> Stolica na protozoológické vyšetrenie	

MYKOLÓGIA	
Odobraný materiál	
<input type="checkbox"/> Koža	<input type="checkbox"/> Nechty
<input type="checkbox"/> Vlasy	<input type="checkbox"/> Šupiny
Požadované vyšetrenia	
<input type="checkbox"/> Mikroskopia	<input type="checkbox"/> Citlivosť na antimykotika kvalitatívne
<input type="checkbox"/> Kultivácia na kvasinky a plesne	<input type="checkbox"/> Iné vyšetrenia
TBC	
Odobraný materiál	
<input type="checkbox"/> Spútum	<input type="checkbox"/> Moč
<input type="checkbox"/> Laryngeálny výter	<input type="checkbox"/> Rana
<input type="checkbox"/> Punkčat	<input type="checkbox"/> Stolica
<input type="checkbox"/> Likvor	<input type="checkbox"/> Brushing
Požadované vyšetrenia	
<input type="checkbox"/> Mikroskopia	<input type="checkbox"/> M-GIT (zrýchlená kultivácia)
<input type="checkbox"/> Kultivácia na mykobaktérie	<input type="checkbox"/> PCR - mykobaktérie
<input type="checkbox"/> Citlivosť na ATB	
ŠPECIÁLNE VYŠETRENIA	
Konkrétny materiál	
<input type="checkbox"/> Biopsia na Helicobacter pylori ①	<input type="checkbox"/> Sekret z nasopharyngu na antigén respiračných adenovírusov ①
<input type="checkbox"/> Stolica na rota a adenovirusy ①	<input type="checkbox"/> Sekret z nesopharyngu na antigén RS vírusu ①
<input type="checkbox"/> Stolica na toxín Clostridium difficile ①	<input type="checkbox"/> Chlamýdie ①
<input type="checkbox"/> Sérum na antigén Aspergillus fumigatus ①	<input type="checkbox"/> Mykoplazma/ureaplazma ①
<input type="checkbox"/> Sekret z nasopharyngu na antigén chrípky A, B ①	<input type="checkbox"/> Iné ①
SÉROLOGIA	
Požadované vyšetrenia: Aglutinačné protilátky	
<input type="checkbox"/> Brucella abortus	<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis
<input type="checkbox"/> Francisella tularensis	<input type="checkbox"/> Bordetella parapertussis
<input type="checkbox"/> Yersinia enterocolitica	<input type="checkbox"/> Widalova reakcia na salmonely
<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes serotyp I/II, V	

Poznámky:

Laboratória Aliatros, spol. s r. o.
Mikrobiologické laboratórium
Hollého 14, 081 81 Prešov
Tel.: 051/758 12 63
Fax: 051/758 13 00
Mobil: 0917 555 617

Laboratória Aliatros, spol. s r. o.
Mikrobiologické laboratórium
Štúrova 3, 019 31 Ilava
Tel.: 042/444 15 71
Fax: 042/444 15 69
Mobil: 0917 555 623

Vysvetlivky:

① Vopred dohodnúť s príslušným laboratóriom.