



Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica
tel. 56 66 89 100, tel./fax. 56 49 829 96

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

NR BADANIA:
wypełnia Zakład Mikrobiologii

DANE JEDNOSTKI ZLECĄCEJ / ODBIORCĄ WYNIKU: <i>(pacjent)</i>		DANE PACJENTA:	
Nazwisko:		Imię:	
PESEL /		PESEL /	
Data urodzenia:		Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
Adres:		Data urodzenia:	
Nie ośrodek kaszlowy:			
Telefon: DANE LEKARZA ZLECĄCEGO BADANIE:			
Data zlecenia:			
Pierzeć i podpis lekarza:			
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:		Seria i nr dok. tożsamości:	
<input type="checkbox"/> Krew żylna <input type="checkbox"/> Krew z CVC <input type="checkbox"/> Krew tętnicza <input type="checkbox"/> PBSC <input type="checkbox"/> Mocz <input type="checkbox"/> Kał <input type="checkbox"/> Płocinka <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe <input type="checkbox"/> Wydziel. z drzewa oskrzelow. <input type="checkbox"/> Płyn maziowo-rzeczowy		<input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy <input type="checkbox"/> Płyn z otrzewnej <input type="checkbox"/> Płyn dializacyjny <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Ropą <input type="checkbox"/> Wydzielina z drzewa <input type="checkbox"/> Wydziel. z jamy brzusznej <input type="checkbox"/> Wydziel. z cewki moczowej <input type="checkbox"/> Wydziel. z pochwy <input type="checkbox"/> Wydziel. z szyjki macicy <input type="checkbox"/> Wymaz z rany <input type="checkbox"/> Wydzielina ze spojówki <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa - MRSA <input type="checkbox"/> Wymaz z ucha <input type="checkbox"/> Wymaz z zębów <input type="checkbox"/> Inny:	
UWAGI:		STOSOWANE ANTYPYLOTYKI LUB LEKI PRZECZYWIDZĄCE:	
<input type="checkbox"/> Amikacyna <input type="checkbox"/> Aztreonam <input type="checkbox"/> Amoksylicyna - kw. klawulan. <input type="checkbox"/> Cefepim <input type="checkbox"/> Cefotaksym <input type="checkbox"/> Cefazydyn <input type="checkbox"/> Ceftriaksol <input type="checkbox"/> Cefuroksym <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Ciprofloksacyna <input type="checkbox"/> Doksycyklina <input type="checkbox"/> Gentamycyna <input type="checkbox"/> Imipenem <input type="checkbox"/> Klindamycyna <input type="checkbox"/> Kolistyna <input type="checkbox"/> Linewolid <input type="checkbox"/> Linclozolid <input type="checkbox"/> Levofloksacyna <input type="checkbox"/> Meropenem <input type="checkbox"/> Metronidazol <input type="checkbox"/> Neftinacyna <input type="checkbox"/> Piperacylina - tazobaktam <input type="checkbox"/> Teikoplanina <input type="checkbox"/> Tigeceklina <input type="checkbox"/> Trimetoprim - sulfametoksazol <input type="checkbox"/> Wancomycyna <input type="checkbox"/> Amleteryyna B <input type="checkbox"/> Amiklofeningina <input type="checkbox"/> Flikonazol <input type="checkbox"/> Itrakonazol <input type="checkbox"/> Kasoplingina <input type="checkbox"/> Ketokonazol <input type="checkbox"/> Nystatyna <input type="checkbox"/> Worykonazol	
KIERUNEK BADANIA:		KIERUNEK BADANIA:	
<input type="checkbox"/> BAKTERIOLOGICZNE <input type="checkbox"/> POSIEW TLEŃOWY <input type="checkbox"/> POSIEW BEZTLEŃOWY		<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis <input type="checkbox"/> Streptococcus agalactiae <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma	
ISTOTNE DANE KLINICZNE / STwierdzenie niezgodności:		ISTOTNE DANE KLINICZNE / STwierdzenie niezgodności:	
Imię i nazwisko:		Imię i nazwisko:	
Data: godzina:		Data: godzina:	
Osoba przyjmująca materiał:		Osoba przyjmująca materiał:	
PRZYJĘCIE MATERIAŁU: wypełnia Zakład Mikrobiologii		PRZYJĘCIE MATERIAŁU: wypełnia Zakład Mikrobiologii	



Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica
tel. 56 66 89 100, tel./fax. 56 49 829 96

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

NR BADANIA:
wypełnia Zakład Mikrobiologii

DANE JEDNOSTKI ZLECĄCEJ / ODBIORCĄ WYNIKU: <i>(pacjent)</i>		DANE PACJENTA:	
Nazwisko:		Imię:	
PESEL /		PESEL /	
Data urodzenia:		Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
Adres:		Data urodzenia:	
Nie ośrodek kaszlowy:			
Telefon: DANE LEKARZA ZLECĄCEGO BADANIE:			
Data zlecenia:			
Pierzeć i podpis lekarza:			
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:		Seria i nr dok. tożsamości:	
<input type="checkbox"/> Krew żylna <input type="checkbox"/> Krew z CVC <input type="checkbox"/> Krew tętnicza <input type="checkbox"/> PBSC <input type="checkbox"/> Mocz <input type="checkbox"/> Kał <input type="checkbox"/> Płocinka <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe <input type="checkbox"/> Wydziel. z drzewa oskrzelow. <input type="checkbox"/> Płyn maziowo-rzeczowy		<input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy <input type="checkbox"/> Płyn z otrzewnej <input type="checkbox"/> Płyn dializacyjny <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Ropą <input type="checkbox"/> Wydzielina z drzewa <input type="checkbox"/> Wydziel. z jamy brzusznej <input type="checkbox"/> Wydziel. z cewki moczowej <input type="checkbox"/> Wydziel. z pochwy <input type="checkbox"/> Wydziel. z szyjki macicy <input type="checkbox"/> Wymaz z rany <input type="checkbox"/> Wydzielina ze spojówki <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa <input type="checkbox"/> Wymaz z nosa - MRSA <input type="checkbox"/> Wymaz z ucha <input type="checkbox"/> Wymaz z zębów <input type="checkbox"/> Inny:	
UWAGI:		STOSOWANE ANTYPYLOTYKI LUB LEKI PRZECZYWIDZĄCE:	
<input type="checkbox"/> Amikacyna <input type="checkbox"/> Aztreonam <input type="checkbox"/> Amoksylicyna - kw. klawulan. <input type="checkbox"/> Cefepim <input type="checkbox"/> Cefotaksym <input type="checkbox"/> Cefazydyn <input type="checkbox"/> Ceftriaksol <input type="checkbox"/> Cefuroksym <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Ciprofloksacyna <input type="checkbox"/> Doksycyklina <input type="checkbox"/> Gentamycyna <input type="checkbox"/> Imipenem <input type="checkbox"/> Klindamycyna <input type="checkbox"/> Kolistyna <input type="checkbox"/> Linewolid <input type="checkbox"/> Linclozolid <input type="checkbox"/> Levofloksacyna <input type="checkbox"/> Meropenem <input type="checkbox"/> Metronidazol <input type="checkbox"/> Neftinacyna <input type="checkbox"/> Piperacylina - tazobaktam <input type="checkbox"/> Teikoplanina <input type="checkbox"/> Tigeceklina <input type="checkbox"/> Trimetoprim - sulfametoksazol <input type="checkbox"/> Wancomycyna <input type="checkbox"/> Amleteryyna B <input type="checkbox"/> Amiklofeningina <input type="checkbox"/> Flikonazol <input type="checkbox"/> Itrakonazol <input type="checkbox"/> Kasoplingina <input type="checkbox"/> Ketokonazol <input type="checkbox"/> Nystatyna <input type="checkbox"/> Worykonazol	
KIERUNEK BADANIA:		KIERUNEK BADANIA:	
<input type="checkbox"/> BAKTERIOLOGICZNE <input type="checkbox"/> POSIEW TLEŃOWY <input type="checkbox"/> POSIEW BEZTLEŃOWY		<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis <input type="checkbox"/> Streptococcus agalactiae <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma	
ISTOTNE DANE KLINICZNE / STwierdzenie niezgodności:		ISTOTNE DANE KLINICZNE / STwierdzenie niezgodności:	
Imię i nazwisko:		Imię i nazwisko:	
Data: godzina:		Data: godzina:	
Osoba przyjmująca materiał:		Osoba przyjmująca materiał:	
PRZYJĘCIE MATERIAŁU: wypełnia Zakład Mikrobiologii		PRZYJĘCIE MATERIAŁU: wypełnia Zakład Mikrobiologii	