

**INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY**

Pracoviště laboratorních metod, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4

Oddělení klinické mikrobiologie, budova G, 2.n.p.

Kontaktní telefon: +420 26136 5081, +420 26136 5082

Laboratorní číslo  
(vyplňuje laboratoř)**Žádanka o mikrobiologické vyšetření**

Pacient (příjmení, jméno)		Číslo pojištění		Pojišťovna			
Pacient kontakt (adresa, telefon)		Datum narození		Pohlaví			
Dg. základní	Dg. ostatní	Datum a čas odběru		Odběr provedl			
Materiál (druh, místo odběru)		Datum odeslání	Razítko, jmenovka a podpis lékaře				
Jiná důležitá sdělení (ATB terapie, imunodeficit, cestovatelská anamnéza apod.)							
Požadovaná vyšetření: Nabídka vyšetření a doporučení k odběru viz Laboratorní příručka PLM, <a href="http://www.ikem.cz">www.ikem.cz</a>							
<input type="checkbox"/>	Kultivace aerobní	<input type="checkbox"/>	Průkaz <i>M.hominis/U.urealyticum</i>				
<input type="checkbox"/>	Kultivace anaerobní	<input type="checkbox"/>	PCR <i>Ch. trachomatis/N.gonorrhoeae</i>				
<input type="checkbox"/>	Mikroskopické vyšetření	<input type="checkbox"/>	PCR <i>Trichomonas vaginalis</i>				
<input type="checkbox"/>	Vyšetření <i>Clostridium difficile</i>	<input type="checkbox"/>	PCR chřipka				
<input type="checkbox"/>	Antigen <i>Helicobacter pylori</i>	<input type="checkbox"/>	Mikrobiologická kontrola vnějšího prostředí				
<input type="checkbox"/>	Antigen <i>Streptococcus pneumoniae</i>	<input type="checkbox"/>	Mikrobiologická kontrola transfuzních přípravků				
<input type="checkbox"/>	Hemokultivace	<input type="checkbox"/>	krev	<input type="checkbox"/>	primárně sterilní materiál	<input type="checkbox"/>	Mikrobiologická kontrola lékárenských přípravků
Datum a čas příjmu do laboratoře:				Podpis přijímajícího			