



## LABORATÓRIUMI VIZSGÁLTÁTKÉRŐLAP – MIKROBIOLÓGIA

(KÉRJÜK, OLVASHATÓ, NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!)

Beteg neve: ffi: <input type="checkbox"/> nő: <input type="checkbox"/> Állampolgársága, ha nem magyar:		Leánykori név:	
Születési ideje: □□□□.□□.□□		TAJ-szám: □□□□-□□□□-□□□□	
Anyja neve:		Lakcíme: □□□□	
Beküldő egység neve, kódja: □□□□-□-□□□□		Vizsgálatkérő orvos neve: Pecsétszám: □□□□□□..... PH Orvos aláírása	
Ellátás száma: (törzsszám/naplósám):		Diagnózis/BNO kód:	
Mintavétel ideje: 20□□.□□.□□ □□ óra □□ perc			
Térítési kategória: Tegyen X jelölést!		járó: <input type="checkbox"/> fekvő: <input type="checkbox"/> fizetős: <input type="checkbox"/> egyéb: <input type="checkbox"/>	

Gravida  Terhességi hét:..... Alapbetegség:.....

Előző mikrobiológiai vizsgálat, ideje: □□□□.□□.□□ Jelen betegség kezdete: □□□□.□□.□□

Alkalmazott antibiotikum:.....

adásának kezdete:.....abbahagyásának időpontja:...../hó/nap/

Külföldön járt-e, (hol, mikor):.....Állattartás, állatkontaktus: .....

Az orvos egyéb közlése:.....

**Vizsgálati anyag:** Tegyen X jelölést!

A \* jelölt anyag származási helye:.....

<input type="checkbox"/> abscessus	<input type="checkbox"/> hemokultura	<input type="checkbox"/> külsőfülváladék	<input type="checkbox"/> sebváladék, felületes*
<input type="checkbox"/> drain, kanül, katéter	<input type="checkbox"/> húgycsőváladék	<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> sebváladék*
<input type="checkbox"/> egyéb idegen test (protézis, IUD)	<input type="checkbox"/> hüvelyváladék, cervix	<input type="checkbox"/> nasopharynx	<input type="checkbox"/> torokváladék
<input type="checkbox"/> ejakulátum	<input type="checkbox"/> köpet	<input type="checkbox"/> orrváladék	<input type="checkbox"/> trachea, bronchus
<input type="checkbox"/> epe műtéti/szondás	<input type="checkbox"/> szemváladék	<input type="checkbox"/> perianalis törlés	<input type="checkbox"/> vizelet
<input type="checkbox"/> genny*	<input type="checkbox"/> középfül-váladék	<input type="checkbox"/> punktátum*	<input type="checkbox"/> egyéb*.....
<input type="checkbox"/> széklet – Kizárólag Clostridium difficile Antigen/Toxin kimutatása			

**Kért vizsgálatok:** Tegyen X jelölést!

<input type="checkbox"/> Baktérium tenyésztés és reziszt. vizsgálat (AEROB)	<input type="checkbox"/> Streptococcus B teny. és reziszt. vizsgálat (GBS)
<input type="checkbox"/> Baktérium teny. és reziszt. vizsg.(AEROB és ANAEROB)	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae teny. és rez. vizsg (GON)
<input type="checkbox"/> Mikroszkópos vizsgálat	<input type="checkbox"/> Gardnerella tenyésztés (GARDN)
<input type="checkbox"/> MRSA szűrés	<input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma tenyésztés genitális mintából (MH-UU)
<input type="checkbox"/> ESBL szűrés	<input type="checkbox"/> Sarjadzó gomba tenyésztés (GOMBA)
<input type="checkbox"/> VRE szűrés	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile Antigen/Toxin kimutatás székletből (ENT AG DIF)
<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae Antigen kimutatás vizeletből (SPNEUMO)	<input type="checkbox"/> Legionella Antigen kimutatás vizeletből (LEGIONELLA)