

## Skierowanie na badanie mikrobiologiczne

Imię.....		Klinika/Oddział/Adres (pieczętka)		Kod kreskowy lub numer identyfikacyjny pacjenta	
Nazwisko.....					
Data urodzenia...../Wiek...../ Płeć K/M		MPK .....			
PESEL.....					
Rozpoznanie podstawowe ..... ICD-9..... ICD-10.....					
Rozpoznanie dodatkowe ..... ICD 9..... ICD-10.....					
Podawane antybiotyki:					
Istotne dodatkowe dane kliniczne					
Cel badania: diagnostyka zakażenia, kolonizacja/nosicielstwo, kontrola po leczeniu					
<b>Rodzaj próbki*</b>					
Krew	Zastawka	Wody płodowe	Pokarm	Kał	
Mocz	Aspirat z rany	Wycinek tkanki	Plwocina	Wymaz z odbytu	
Wymaz z gardła	Treść z drenu	Płyn mózg-rdzeni.	Treść z oskrzeli	Treść z żołądka	
Wymaz z nosa	Wycinek tkanki	Płyn opłucnowy	Treść z rurki intubacyjnej	Treść z dwunastnicy	
Wymaz z rany	Płyn osierdziowy	Płyn otrzewnowy	Treść z rurki tracheostomijnej	Żółć	
Wymaz z jamy ustnej	Płyn opłucnowy	Płyn dializacyjny	Popłuczyny z oskrzeli (BAL)	Cewnik dożylny	
Wymaz ze skóry	Płyn otrzewnowy	Płyn stawowy	Wymaz z kanału szyjki macicy	Nasienie	
Wymaz z oka	Ropa	Płyn osierdziowy	Wymaz z pochwy	Wydzielina z prostaty	
Wymaz z ucha	Treść z rany	Płyn owodniowy	Wymaz z cewki moczowej		
Inny materiał .....		Uwagi do badania .....			
Data i godzina zlecenia badania			Pieczęć i podpis lekarza		Czytelny podpis pobierającego materiał
Data i godzina pobrania próbki					
Data i godzina przyjęcia do laboratorium					
Wynik badania przesłać do: kliniki/oddziału/przekazać pacjentowi lub osobie upoważnionej					
Imię i nazwisko .....				PESEL.....	

\*zaznaczyć X przy wybranych próbkach