

Do Szpitalnego Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela
85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75
tel. 052 36 55 645, 36 55 451

.....
Pieczęć zleceńodawcy

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Data urodzenia

.....
Pesel

K M
Płeć

.....
ID

Rodzaj materiału	Data pobrania	Godzina pobrania
	Czytelny podpis osoby pobierającej	

Rodzaj badania (proszę zaznaczyć X)

posiew tlenowy *Salmonella/Shigella* które badanie (proszę wpisać)
 posiew beztlenowy wirusy ROTA /ADENO
 posiew mikologiczny

Rozpoznanie:

Stosowane antybiotyki:

Czynniki ryzyka (proszę zaznaczyć X)

intubacja ciąża
 cewnik moczowy pobyt w innym szpitalu
 cewnik naczyniowy Inne
 neutropenia

Wskazanie do badania

aktywne zakażenie
 kontrola podczas leczenia
 kontrola po leczeniu
 inne

.....
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

Wypełnia laboratorium

.....
Data i godzina otrzymania

.....
Numer badania

.....
Uwagi

.....
Materiał przyjęty

Do Szpitalnego Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela
85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75
tel. 052 36 55 645, 36 55 451

.....
Pieczęć zleceńodawcy

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Data urodzenia

.....
Pesel

K M
Płeć

.....
ID

Rodzaj materiału	Data pobrania	Godzina pobrania
	Czytelny podpis osoby pobierającej	

Rodzaj badania (proszę zaznaczyć X)

posiew tlenowy *Salmonella/Shigella* które badanie (proszę wpisać)
 posiew beztlenowy wirusy ROTA /ADENO
 posiew mikologiczny

Rozpoznanie:

Stosowane antybiotyki:

Czynniki ryzyka (proszę zaznaczyć X)

intubacja ciąża
 cewnik moczowy pobyt w innym szpitalu
 cewnik naczyniowy Inne
 neutropenia

Wskazanie do badania

aktywne zakażenie
 kontrola podczas leczenia
 kontrola po leczeniu
 inne

.....
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

Wypełnia laboratorium

.....
Data i godzina otrzymania

.....
Numer badania

.....
Uwagi

.....
Materiał przyjęty

Wypełnia laboratorium

BAKTERIOLOGIA/ (nr procedur)

SEROLOGIA

MIKOLOGIA (nr procedur)

Leuko

Nabł

Flora

	B A P	C N A	P V X	H A E	M A C	X L D	C I N	A N A	G N Ø ₂	S A B	C A N	B H I	S F	T H	T I O	
24 h																
48 h																
>48 h																

Wypełnia laboratorium

BAKTERIOLOGIA/ (nr procedur)

SEROLOGIA

MIKOLOGIA (nr procedur)

Leuko

Nabł

Flora

	B A P	C N A	P V X	H A E	M A C	X L D	C I N	A N A	G N Ø ₂	S A B	C A N	B H I	S F	T H	T I O	
24 h																
48 h																
>48 h																

	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	KOMENTARZ			
ZG +					MAC					PIG								
ZG -					GLU					TRIB								
PG -					LAC					d-ALA								
PG +					H ₂ S					HM								
LG +					GAZ					Oxgall								
Spory					URE					MTZ 5								
CAN					IND					K 1000								
Zapach					MUG					VA 5								
HEM					CYT					CT 10								
KAT					ONP					P 2 IU								
OX					VP					RD 15								
CF					LDC					E 60								
KOAG					ODC					O ₂								
NOV					ADH					CO ₂								
PB					TDA					Ø ₂								
BAC					MAN					LATEX								
OPT					MOT					P- kit								
DRD					NO ₂					βL								
PYR					UV													
TP					PSAER													
ESC					γ-GLU													

UWAGI

	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	KOMENTARZ			
ZG +					MAC					PIG								
ZG -					GLU					TRIB								
PG -					LAC					d-ALA								
PG +					H ₂ S					HM								
LG +					GAZ					Oxgall								
Spory					URE					MTZ 5								
CAN					IND					K 1000								
Zapach					MUG					VA 5								
HEM					CYT					CT 10								
KAT					ONP					P 2 IU								
OX					VP					RD 15								
CF					LDC					E 60								
KOAG					ODC					O ₂								
NOV					ADH					CO ₂								
PB					TDA					Ø ₂								
BAC					MAN					LATEX								
OPT					MOT					P- kit								
DRD					NO ₂					βL								
PYR					UV													
TP					PSAER													
ESC					γ-GLU													

UWAGI

Posiew i preparat wykonał

Preparat ocenił

Data wykonania badania

Wynik autoryzował

Posiew i preparat wykonał

Preparat ocenił

Data wykonania badania

Wynik autoryzował