

## Vizsgálatkérő lap bakteriológiai, mikológiai és parazitológiai vizsgálatokhoz

<p>A beküldő*:.....</p> <p>A beküldő kódja*: □□□□□□□□</p> <p>Az orvos neve*:.....</p> <p>Az orvos pecsét száma*:</p> <p>Törzskönyvi szám/naplósám*:.....</p>	<p><b>Központi Laboratórium</b>  <b>Mikrobiológiai Profil</b>  <b>Laborvezető:</b> Dr. Bekő Gabriella PhD  <b>Profilvezető:</b> Dr. Kamotsay Katalin  1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7.  Hemokultúra: (455)-8181; Mikológia: 8346 mellék;  Enterális, parazitológia: 8413 mellék;  Bakteriológia adminisztráció: 8385 mellék</p>
<p>Beteg neve*: ..... ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/></p> <p>Anyja neve*: .....</p> <p>TAJ száma*: □□□□□□□□ Születési ideje*: □□□□ □□ □□</p> <p>Irányítószám, lakcím*: □□□□.....</p> <p>Ellátás típusa*: <input type="checkbox"/> fekvőbeteg-szakellátás <input type="checkbox"/> járóbeteg-szakellátás <input type="checkbox"/> nem biztosított <input type="checkbox"/> menekült  <input type="checkbox"/> államközi szerződés alapján ellátott <input type="checkbox"/> külföldön élő magyarok központi támogatása <input type="checkbox"/> üzemorvosi</p> <p>A vizsgálati anyag:.....</p> <p>Szűrővizsgálat esetén: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MACI <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGNB (multi-R Gram-neg.)  <input type="checkbox"/> Vizelet esetén: <input type="checkbox"/> középsugárból <input type="checkbox"/> katéterezéssel <input type="checkbox"/> állandó katéterből <input type="checkbox"/> punkcióval  <input type="checkbox"/> Széklet esetén: <input type="checkbox"/> Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia <input type="checkbox"/> C.difficile <input type="checkbox"/> H.pylori Ag  <input type="checkbox"/> Rotavírus <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Calicivírus <input type="checkbox"/> protozoon <input type="checkbox"/> féregpete <input type="checkbox"/> lárvaándoroltatás**  <input type="checkbox"/> Amoeba Ag, <input type="checkbox"/> Giardia, Cryptosporidium Ag <input type="checkbox"/> széklet multiplex PCR**  <input type="checkbox"/> Hemokultúra esetén: <input type="checkbox"/> vénapunkcióval <input type="checkbox"/> kanülből (anat.hely).....  <input type="checkbox"/> Sebváladék esetén: anatómiai hely:.....  <input type="checkbox"/> mély szöveti minta <input type="checkbox"/> felszíni sebváladék <input type="checkbox"/> drainszivadék</p> <p>A kért mikrobiológiai vizsgálat:</p> <p><input type="checkbox"/> aerob tenyésztés <input type="checkbox"/> anaerob tenyésztés <input type="checkbox"/> gomba tenyésztés <input type="checkbox"/> tbc tenyésztés <input type="checkbox"/> H.pylori tenyésztés  <input type="checkbox"/> galaktomannan <input type="checkbox"/> béta-D-glukan <input type="checkbox"/> Cryptococcus Ag <input type="checkbox"/> aspergillus antitest  <input type="checkbox"/> Pneumococcus Ag <input type="checkbox"/> Legionella Ag vizeletből <input type="checkbox"/> latex agglutináció liquorból  <input type="checkbox"/> Pneumocystis kvantitatív PCR <input type="checkbox"/> Mycobacterium PCR <input type="checkbox"/> H.pylori PCR biopsziából  <input type="checkbox"/> meningitis panel multiplex PCR**</p> <p>A vizsgálatot indokoló diagnózis(ok):.....</p> <p>Utazási anamnézis (melyik ország, mikor): .....</p> <p>Alkalmazott antibiotikum(ok): .....</p> <p>Infekcióra hajlamosító tényező(k): .....</p> <p>Korábbi vizsgálat(ok) eredménye: .....</p> <p>Az orvos egyéb megjegyzése:.....</p> <p>.....</p> <p>A mintavétel ideje: 20□□ □□ □□ □□óra □□perc</p>	

Dátum: 20□□ □□ □□

az orvos aláírása\* és pecsétje \*

\* A csillaggal jelölt adatok kötelezően kitöltendők!

\*\* előzetes megbeszélés alapján

	AM	XL	ASU	CX	CTB	CTX	CXM	CAZ	GM	OFX	SXT	PB	FT	NOR	FOS	CIP	MFX
1.																	
2.																	
3.																	

	TAZ	CFP	CRO	CTX	FEP	IPM	AN	MEM	TM	CIP	ETP	TGC
1.												
2.												
3.												

P	XL	CX	CTB	MA	E	CM	VA	GM	SXT	TE	CIP	IPM	LZ	SYN	PEF	LVX	FOS

P	OX	XL	E	CM	VA	GM	SXT	TE	CIP	FT	NOR	FOS	C	RIF	SYN	LZ

P	OX	E	CM	VA	GM	CIP

P	OX	E	CM	VA	GM	FT	NOR	CIP	FOS

P	AM	GM	CX	CXM	CTB	E	VA	CM	LVX	OX

FT	NOR	CIP	FOS

P	AM	GM	E	VA	LVX	FT	NOR	CIP	FOS

AM	XL	CXM	CTB	E	AZM	SXT	TE	LVX

RIF	CIP	MNO	C	CRO

TAZ	CFP	CAZ	FEP	GM	TM	AN	MEM	IPM	CIP	OFX	PB

RIF	C	ARM

MIC VIZSGÁLAT
