ZAKŁAD DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ
PRACOWNIA BAKTERIOLOGII GRUŹLICY
Szpitale Pomorskie Sp. z o. o.
Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy
ul. dr A. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo
zdm-wej@szpitalepomorskie.eu
tel:585727293, 585727383

.....
JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODDZIAŁ

ZLECENIE BADANIA W KIERUNKU GRUŹLICY

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
NAZWISKO PACJENTA

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ K ☐ M ☐
IMIĘ PACJENTA PŁEĆ

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
DATA URODZENIA (DD-MM-ROK) PESEL

.....
ADRES ZAMIESZKANIA (KOD, MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR DOMU, NR LOKALU, GMINA)

.....
DANE KLINICZNE (ROZPOZNANIE, STOSOWANA ANTYBIOTYKOTERAPIA, CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE)

RODZAJ MATERIAŁU

- ☐ PLWOCINA
- ☐ WYDZIELINA Z DRZEWA OSKRZELOWEGO
- ☐ PŁYN Z JAMY OPŁUCNEJ
- ☐ POPŁUCZYNY PĘCHERZYKOWO - OSKRZELIKOWE (BAL)
- ☐ MOCZ
- ☐ BIOPTAT Z .....
- ☐ INNY (WPISAĆ JAKI): .....

METODA BADANIA

- ☐ POSIEW KLASYCZNY*+ ROZMAZ
- ☐ POSIEW W SYSTEMIE AUTOMATYCZNYM (ŁĄCZNIE Z POSIEWEM KLASYCZNYM**)
- ☐ BADANIE MOLEKULARNE (PCR)

TRYB BADANIA

- ☐ STANDARDOWY
- ☐ PILNY

POWÓD BADANIA

☐ DIAGNOZA ☐ KONTROLA W TRAKCIE LECZENIA ☐ KONTROLA PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA

....
DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ

* posiew klasyczny: posiew na podłoża stałe
** posiew na podłoże płynne
● w przypadku niezaznaczenia metody badania wyboru dokona diagnosta laboratoryjny w oparciu o dane kliniczne i rodzaj materiału
● w przypadku dodatniej hodowli zostanie wykonana identyfikacja gatunkowa i lekowrażliwość

....
DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU **PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA ZLECAJĄCEGO**