

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

.....  
Pieczęć zlecaniodawcy

### ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

.....	.....
Nazwisko i imię pacjenta	Data urodzenia

.....	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	.....
Pesel	Płeć	ID

Rodzaj materiału	Data pobrania	Godzina pobrania
	Czytelny podpis osoby pobierającej	

#### Rodzaj badania (proszę zaznaczyć X)

- posiew tlenowy  które badanie (proszę wpisać)
- posiew beztlenowy
- 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 przyjął

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

.....  
Pieczęć zlecaniodawcy

### ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

.....	.....
Nazwisko i imię pacjenta	Data urodzenia

.....	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	.....
Pesel	Płeć	ID

Rodzaj materiału	Data pobrania	Godzina pobrania
	Czytelny podpis osoby pobierającej	

#### Rodzaj badania (proszę zaznaczyć X)

- posiew tlenowy  które badanie (proszę wpisać)
- posiew beztlenowy
- 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 przyjął

BAKTERIOLOGIA/ (nr procedur) .....

BAKTERIOLOGIA/ (nr procedur) .....

MIKOLOGIA (nr procedur) .....

MIKOLOGIA (nr procedur) .....

Leuko .....

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

Leuko .....

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

Nabł .....

Nabł .....

Flora .....

Flora .....

	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	KOMENTARZ	
ZG +					MAC					γ-GLU						
ZG -					GLU					PIG						
PG -					LAC					TRIB						
PG +					H <sub>2</sub> S					d-ALA						
LG +					GAZ					INDX						
Spory					URE					HM						
CAN					IND					Oxgall						
Zapach					COLI					MTZ 5						
HEM					CYT					K 1000						
KAT					ONP					VA 5						
OX					VP					CT 10						
CF					LDC					P 2 IU						
KOAG					ODC					RD 15						
NOV					ADH					E 60					1	
PB					TDA					O <sub>2</sub>					2	
BAC					MAN					CO <sub>2</sub>					3	
OPT					MOT					Ø <sub>2</sub>					4	
DRD					NO <sub>2</sub>					LATEX						
PYR					UV					P- kit						
TP					PSAER					βL						
ESC					C-390											

	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	KOMENTARZ	
ZG +					MAC					γ-GLU						
ZG -					GLU					PIG						
PG -					LAC					TRIB						
PG +					H <sub>2</sub> S					d-ALA						
LG +					GAZ					INDX						
Spory					URE					HM						
CAN					IND					Oxgall						
Zapach					COLI					MTZ 5						
HEM					CYT					K 1000						
KAT					ONP					VA 5						
OX					VP					CT 10						
CF					LDC					P 2 IU						
KOAG					ODC					RD 15						
NOV					ADH					E 60					1	
PB					TDA					O <sub>2</sub>					2	
BAC					MAN					CO <sub>2</sub>					3	
OPT					MOT					Ø <sub>2</sub>					4	
DRD					NO <sub>2</sub>					LATEX						
PYR					UV					P- kit						
TP					PSAER					βL						
ESC					C-390											

UWAGI .....

UWAGI .....

Posiew i preparat wykonał

Preparat ocenił

Data wykonania badania

Wynik autoryzował

Posiew i preparat wykonał

Preparat ocenił

Data wykonania badania

Wynik autoryzował