

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 zlecaniodawcy

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE KAŁU

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Data urodzenia

.....
Pesel

K M
Płeć

.....
Nr historii choroby lub ID

Rodzaj materiału	Data pobrania	Godzina pobrania
	Czytelny podpis osoby pobierającej	

Rodzaj badania (proszę zaznaczyć X)

Salmonella/Shigella *Clostridium difficile* które badanie (proszę wpisać)
Yersinia spp. Posiew mykologiczny
 Wirusy Rota/Adeno/Noro Kolonizacja *S. aureus*

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
 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. Bizuela
85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75
tel. 052 36 55 645, 36 55 451

.....
Pieczęć zlecaniodawcy

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE KAŁU

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Data urodzenia

.....
Pesel

K M
Płeć

.....
Nr historii choroby lub ID

Rodzaj materiału	Data pobrania	Godzina pobrania
	Czytelny podpis osoby pobierającej	

Rodzaj badania (proszę zaznaczyć X)

Salmonella/Shigella *Clostridium difficile* które badanie (proszę wpisać)
Yersinia spp. Posiew mykologiczny
 Wirusy Rota/Adeno/Noro Kolonizacja *S. aureus*

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
 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)

	B A P	C N A	M A C	X L D	C I N	C A N	D I F	C H A	S F	
24 h										
48 h										
>48 h										

	B A P	C N A	M A C	X L D	C I N	C A N	D I F	C H A	S F	
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					SPS									
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					GDH									
TP					PSAER					TOXA/									
ESC					γ-GLU														

	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					SPS									
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					GDH									
TP					PSAER					TOXA/									
ESC					γ-GLU														

UWAGI

UWAGI

Posiew i preparat wykonał

Preparat ocenił

Data wykonania badania

Wynik autoryzował

Posiew i preparat wykonał

Preparat ocenił

Data wykonania badania

Wynik autoryzował