

Žiadanka na kultivačné a parazitologické vyšetrenia

Rodné číslo	Odber dátum	Čas	Dátum žiadanky	Zdr. poisťovňa

Priezvisko, Meno, Titul	ID hosp. pr.
-------------------------	--------------

Adresa bydliska	Vykonávajúci lekár - pečiatka
Dg.	
Atb. liečba:	
Liek:	Odporúčajúci lekár Kód lek.

Kultivačné vyšetrenia

<input type="checkbox"/> výter z tonzíl	<input type="checkbox"/> kvasinky	<input type="checkbox"/> výter z rekta	<input type="checkbox"/> kvasinky
<input type="checkbox"/> výter z nosa		<input type="checkbox"/> stolica kultivačne	
<input type="checkbox"/> stúpum		<input type="checkbox"/> výter z rekta na skrining CPE	
<input type="checkbox"/> bronchoalveolárna laváž		<input type="checkbox"/> hemokultúra	
<input type="checkbox"/> výter z dutiny ústnej		<input type="checkbox"/> aeróbna	<input type="checkbox"/> anaeróbna
<input type="checkbox"/> výter z oka <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		<input type="checkbox"/> iný materiál (hnis, punktát)	
<input type="checkbox"/> výter z ucha <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		<input type="checkbox"/> aeróbne	<input type="checkbox"/> anaeróbne
<input type="checkbox"/> výter z rany		<input type="checkbox"/> žalúdočná sliznica na H. pylori	
<input type="checkbox"/> ster z kože pred hemokultúrou		<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae	
<input type="checkbox"/> punktát		<input type="checkbox"/> M. hominis a U. urealyticum	
<input type="checkbox"/> hnis		Dôkaz antigénu	
<input type="checkbox"/> tkanivo		<input type="checkbox"/> Campylobacter spp. v stolici	
<input type="checkbox"/> plodová voda		<input type="checkbox"/> Chrípka A, B	
<input type="checkbox"/> dialyzát		<input type="checkbox"/> Clostridium diff. toxín a GDH	
<input type="checkbox"/> drén, kanyla, katéter, redón		<input type="checkbox"/> H. pylori v stolici	
<input type="checkbox"/> žalúdočná šťava		<input type="checkbox"/> norovírus v stolici	
<input type="checkbox"/> výter z uretry		<input type="checkbox"/> rota a adenovírus v stolici	
<input type="checkbox"/> výter z pošvy		<input type="checkbox"/> IF Ch. pneumoniae antigén	
<input type="checkbox"/> ster z vulvy		<input type="checkbox"/> IF Ch. trachomatis antigén	
<input type="checkbox"/> ejakulát			
<input type="checkbox"/> moč			

Parazitologické vyšetrenia

<input type="checkbox"/> perianálny zlepenie na Enterobius vermicularis
<input type="checkbox"/> stolica na helminty a protozoá

Žiadanka na kultivačné a parazitologické vyšetrenia

Rodné číslo	Odber dátum	Čas	Dátum žiadanky	Zdr. poisťovňa

Priezvisko, Meno, Titul	ID hosp. pr.
-------------------------	--------------

Adresa bydliska	Vykonávajúci lekár - pečiatka
Dg.	
Atb. liečba:	
Liek:	Odporúčajúci lekár Kód lek.

Kultivačné vyšetrenia

<input type="checkbox"/> výter z tonzíl	<input type="checkbox"/> kvasinky	<input type="checkbox"/> výter z rekta	<input type="checkbox"/> kvasinky
<input type="checkbox"/> výter z nosa		<input type="checkbox"/> stolica kultivačne	
<input type="checkbox"/> stúpum		<input type="checkbox"/> výter z rekta na skrining CPE	
<input type="checkbox"/> bronchoalveolárna laváž		<input type="checkbox"/> hemokultúra	
<input type="checkbox"/> výter z dutiny ústnej		<input type="checkbox"/> aeróbna	<input type="checkbox"/> anaeróbna
<input type="checkbox"/> výter z oka <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		<input type="checkbox"/> iný materiál (hnis, punktát)	
<input type="checkbox"/> výter z ucha <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> ľavé		<input type="checkbox"/> aeróbne	<input type="checkbox"/> anaeróbne
<input type="checkbox"/> výter z rany		<input type="checkbox"/> žalúdočná sliznica na H. pylori	
<input type="checkbox"/> ster z kože pred hemokultúrou		<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae	
<input type="checkbox"/> punktát		<input type="checkbox"/> M. hominis a U. urealyticum	
<input type="checkbox"/> hnis		Dôkaz antigénu	
<input type="checkbox"/> tkanivo		<input type="checkbox"/> Campylobacter spp. v stolici	
<input type="checkbox"/> plodová voda		<input type="checkbox"/> Chrípka A, B	
<input type="checkbox"/> dialyzát		<input type="checkbox"/> Clostridium diff. toxín a GDH	
<input type="checkbox"/> drén, kanyla, katéter, redón		<input type="checkbox"/> H. pylori v stolici	
<input type="checkbox"/> žalúdočná šťava		<input type="checkbox"/> norovírus v stolici	
<input type="checkbox"/> výter z uretry		<input type="checkbox"/> rota a adenovírus v stolici	
<input type="checkbox"/> výter z pošvy		<input type="checkbox"/> IF Ch. pneumoniae antigén	
<input type="checkbox"/> ster z vulvy		<input type="checkbox"/> IF Ch. trachomatis antigén	
<input type="checkbox"/> ejakulát			
<input type="checkbox"/> moč			

Parazitologické vyšetrenia

<input type="checkbox"/> perianálny zlepenie na Enterobius vermicularis
<input type="checkbox"/> stolica na helminty a protozoá