MEDICA
laboratorium analiz medycznych

www.medica.radom.pl
tel./fax.:48 365 49 33
e-mail:medica@medica.radom.pl

Siedziba główna:
ul. Słowackiego 48/48a, Radom
Pn-Pt:6:30-18:00 Sob:6:30-13:00

Drugi punkt pobrań:
ul. Lubońskiego 2, Radom
Pn-Pt:7:00-9:00

Pieczęć zleceniodawcy	Kod zlecenia:	Data i godzina pobrania: .....
	Miejsce odbioru wyników:	Osoba pobierająca materiał: .....
		Rodzaj materiału: ☐ mocz ☐ kał ☐ wymaz

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko pacjenta:.....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Data urodzenia:**..... Płeć K/M

Adres zamieszkania: ..... **Tel.:** .....

SKIEROWANIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA

Czy pacjent stosuje lub stosował przez ostatnie 5 dni antybiotyki? TAK / NIE

Jeśli tak to jakie? .....

Czy pacjent stosował przez ostatnie 48h preparaty o działaniu p/bakteryjnym?

Jeśli tak to jakie: .....

Czy pacjent stosował przez ostatnie 48 h probiotyki jelit/pochwy? TAK / NIE
W przypadku posiewu moczu:
Czy pacjent jest cewnikowany? TAK / NIE
Czy pacjent cierpi na kamicę nerkową lub inne choroby nerek? TAK / NIE

POSIEW BAKTERIOLOGICZNY

- ☐ MOCZ (WYNIK W 48h)
- ☐ KAŁ - POSIEW OGÓLNY
- ☐ KAŁ - YERSINIA
- ☐ KAŁ - CAMPYLOBACTER
- ☐ ODBYT
- ☐ OKO PRAWE
- ☐ OKO LEWE
- ☐ UCHO PRAWE
- ☐ UCHO LEWE
- ☐ NOS / ☐ NOS MRSA
- ☐ GARDŁO
- ☐ MIGDAŁKI
- ☐ JĘZYK
- ☐ PLWOCINA
- ☐ RANA
- ☐ ZMIANY SKÓRNE
- ☐ CEWKA MOCZOWA
- ☐ KANAŁ SZYJKI
- ☐ POCHWA
- ☐ POCHWA GBS
- ☐ ODBYT GBS
- ☐ NASIENIE

POSIEW MYKOLOGICZNY

- ☐ MOCZ
- ☐ KAŁ
- ☐ OKO PRAWE
- ☐ OKO LEWE
- ☐ UCHO PRAWE
- ☐ UCHO LEWE
- ☐ NOS
- ☐ GARDŁO
- ☐ JĘZYK
- ☐ PLWOCINA
- ☐ CEWKA MOCZOWA
- ☐ KANAŁ SZYJKI
- ☐ POCHWA
- ☐ NASIENIE
- ☐ INNE

DERMATOMIKOZY

- ☐ PREPARAT BEZPOŚREDNI MIKROSKOP.
- ☐ PAZNOKIEĆ DŁONI P.-PALEC: .....
- ☐ PAZNOKIEĆ DŁONI L.-PALEC: .....
- ☐ PAZNOKIEĆ STOPY P.-PALEC: .....
- ☐ PAZNOKIEĆ STOPY L.-PALEC: .....
- ☐ ZESKROBINY SKÓRY GŁOWY
- ☐ ZESKROBINY ZMIAN SKÓRNYCH
- ☐ ZESKROBINY ŁUSEK I WŁOSÓW
- ☐ INNE:

PASOŻYTY

- ☐ NUŻENIEC
- ☐ ŚWIERZB

WYMAZ Z DRÓG MOCZOWO PŁCIOWYCH W KIERUNKU INFEKCJI

- ☐ OCENA STOPNIA CZYSTOŚCI POCHWY (BIOCENOZA) wg KUCZYŃSKIEJ
- ☐ CHLAMYDIA TRACHOMATIS - WYMAZ Z POCHWY / CEWKI MOCZOWEJ
- ☐ CHLAMYDIA TRACHOMATIS - MOCZ
- ☐ NEISSERIA GONORRHOEAE - WYMAZ Z POCHWY / CEWKI MOCZOWEJ
- ☐ TRICHOMONAS VAGINALIS - WYMAZ Z POCHWY / CEWKI MOCZOWEJ
- ☐ MYCOPLASMA HOMINS + UREAPLASMA SPP. (IDENTYFIKACJA + ANTYBIOGRAM) - WYMAZ Z KANAŁU SZYJKI / POCHWY / CEWKI MOCZOWEJ / MOCZ

PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA:

UWAGI:

PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ LABORATORYJNYCH - INSTRUKCJA DLA PACJENTA

POSIEWY BAKTERIOLOGICZNE I MYKOLOGICZNE

- Wszystkie materiały diagnostyczne do badań mikrobiologicznych należy pobierać we wczesnym okresie choroby, przed podaniem choremu antybiotyków lub 3-4 dni po ich odstawieniu
- Pacjent, od którego pobierany będzie wymaz z okolic jamy ustnej powinien być na czczo. W dniu badania nie należy stosować płukanek do ust i innych środków o miejscowym działaniu bakteriobójczym
- Pacjentki zgłaszające się na posiewy ginekologiczne muszą zachować 48-godzinny okres wstrzemięźliwości seksualnej, nie mogą być w trakcie miesiączki oraz nie powinny stosować środków odkażających i dopochwowych preparatów leczniczych.
- W przypadku pobierania zeskrobin ze zmian skórnych lub paznokci zaleca się, aby w dniu pobrania miejsce chorobowo zmienione nie było myte lub czyszczone. Przed wykonaniem badania nie należy również stosować maści i kremów, lakierów przeciwgrzybiczych, zmywaczy do paznokci i szamponów przeciwłupieżowych

WYMAZY Z DRÓG MOCZOWO-PŁCIOWYCH

- Przez okres 24 godzin przed pobraniem należy zrezygnować ze współżycia płciowego oraz ograniczyć zabiegi higieniczno – pielęgnacyjne okolicy narządów płciowych.
- Należy przez okres 2-4 godz przed pobraniem powstrzymać się od oddawania moczu
- Należy zachować 7 dni przerwy po leczeniu środkami przeciwdrobnoustrojowymi
- Pacjentki nie mogą być w trakcie miesiączki oraz nie powinny stosować środków odkażających i dopochwowych preparatów leczniczych. Ponadto należy zachować 1 dzień przerwy po badaniu ginekologicznym czy USG ginekologicznym

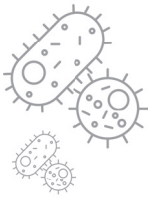
ZALECENIA OGÓLNE

Każdy dostarczony do laboratorium materiał powinien być opisany następującymi danymi:

- Imię i nazwisko oraz PESEL Pacjenta
- Data i godzina pobrania materiału

Wraz z próbką należy dostarczyć prawidłowo wypełnione skierowanie.
Przy refundacji NFZ konieczna jest na skierowaniu pieczęć przychodni oraz lekarza kierującego na badania.

INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT STANU KLINICZNEGO PACJENTA



☐ *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Zachowuję prawo do wglądu, poprawiania oraz kasowania moich danych osobowych.*

☐ *Wyrażam zgodę na na wykorzystanie mojego materiału biologicznego do celów naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy z zakresu medycyny.*

Radom, dnia:……. Podpis Pacjenta:……