

## ŽÁDANKA O AUTOVAKCÍNU

1. Na adrese <https://mikrobiologie.fnol.cz/ke-stazeni> si stáhněte a vytiskněte **žádanku o mikrobiologické vyšetření pro tkáňové zařízení**.
2. Žádanku vyplňuje **indikující lékař** (ve spádu) – pediatr, alergolog, imunolog, ... V žádance musí být vyplněna **žlutě vyznačená pole** - viz. obrázek níže.

ÚSTAV MIKROBIOLOGIE  
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

### Ke stažení

- [Žádanka o mikrobiologické vyšetření](#)
- [Žádanka o mikrobiologické vyšetření pro tkáňové zařízení](#)
- [Laboratorní manuál](#)
- [Příloha Laboratorního manuálu číslo 1 - Požadavky na od](#)

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC		ŽÁDANKA O MIKROBIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PRO TKÁŇOVÉ ZAŘÍZENÍ		Dokument č. Fm-L009-035-MIKRO-002	
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc Tel: 585 441 111, E-mail: <a href="mailto:info@fnol.cz">info@fnol.cz</a> IC: 00098982		Ústav mikrobiologie <a href="mailto:mikrobiologie@fnol.cz">mikrobiologie@fnol.cz</a> , příjem mater. tel.: 585 639 512		verze č. 9, str. 1/2	
<b>PACIENT (unifikovaný šůtek)</b>			* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU		
ID - číslo pojistěnce: <small>(není-li ID, pak datum narození)</small>		Kód zdravotní pojišťovny (plátce):		STATIM *	
Jméno a příjmení:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž		VITÁLNÍ INDIKACE *	
Adresa:				Diagnóza I.    Diagnóza II.    Diagnóza III.	
<b>ŽADATEL</b>					
Razítko pracoviště: <small>(adresa, IČP, odbornost)</small>		Razítko, IČL a podpis lékaře:		Datum a čas odběru **    Datum a čas příjmu	
		Telefon žadatele:		** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	
				Číslo průvodky:	
<b>POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ – 1. část - volbu označte <input checked="" type="checkbox"/> (pokračování na 2. straně)</b>					
<b>Kultivační bakteriologické vyšetření:</b>					
<b>Stěry:</b>					
<input type="checkbox"/> krk	<input type="checkbox"/> ucho	<input type="checkbox"/> axila	<input type="checkbox"/> rektum		
<input type="checkbox"/> nos	<input type="checkbox"/> dutina ústní	<input type="checkbox"/> perianální	<input type="checkbox"/> rána - lokalita:		
<input type="checkbox"/> krk + nos	<input type="checkbox"/> jazyk	<input type="checkbox"/> pochva	<input type="checkbox"/> jiné:		
<input type="checkbox"/> spojivka	<input type="checkbox"/> kůže	<input type="checkbox"/> uretra			
<b>Pitevni materiál:</b>					
<input type="checkbox"/> tkáň z:	<input type="checkbox"/> citlivost na ATB				
<input type="checkbox"/> stěr z:	<input type="checkbox"/> jiné:				
<b>Ostatní:</b>					
<input type="checkbox"/> moč	<input type="checkbox"/> DANA	<input type="checkbox"/> punktát z:	<input type="checkbox"/> hemokultura aerobní		
<input type="checkbox"/> sputum	<input type="checkbox"/> žluč	<input type="checkbox"/> sekret z drénu:	<input type="checkbox"/> hemokultura anaerobní		
<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> mateřské mléko	<input checked="" type="checkbox"/> tkáň: <b>adenoidní vegetace</b>	<input type="checkbox"/> hemokultura dětská		
<input type="checkbox"/> endosekret	<input type="checkbox"/> ejakulát	<input type="checkbox"/> kanyla - jaká:	<input type="checkbox"/> hemokultura mykologická		
<input type="checkbox"/> likvor	<input type="checkbox"/> hnis z:	<input type="checkbox"/> plodová voda	<input type="checkbox"/> jiné:		
<b>Kultivace – speciální požadavek:</b>					
<input type="checkbox"/> Legionella sp.	<input type="checkbox"/> B. pertussis/parapertussis	<input type="checkbox"/> urogenitální mykoplazmata	<input type="checkbox"/> jiné:		
<b>Zhotovení autovakciny:</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> perorální	typ vzorku: <b>adenoidní vegetace</b>				
<b>Mykologie:</b>					
<input type="checkbox"/> krk	<input type="checkbox"/> endosekret	<input type="checkbox"/> nehty			
<input type="checkbox"/> dutina ústní	<input type="checkbox"/> BAL, aspirát	<input type="checkbox"/> pochva			
<input type="checkbox"/> nos	<input type="checkbox"/> punktát z:	<input type="checkbox"/> pitevni materiál – jaký:			
<input type="checkbox"/> perianální stěr	<input type="checkbox"/> středouší				
<input type="checkbox"/> stolice	<input type="checkbox"/> zevní zvukovod	<input type="checkbox"/> jiný materiál – jaký:			
<input type="checkbox"/> moč	<input type="checkbox"/> rána – lokalita:				
<input type="checkbox"/> sputum	<input type="checkbox"/> kůže	<input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci			
<b>TBC + jiná mykobakteria:</b>					
<input type="checkbox"/> sputum	<input type="checkbox"/> BAL, aspirát	<input type="checkbox"/> jiné:			

3. Vyplněnou žádanku předejte s předoperační dokumentací při příjmu na Dětskou kliniku.
4. Rodiče budou informováni, aby 3.-5. den po operaci kontaktovali Ústav Mikrobiologie LF UP (Teoretické ústavy) na telefonu **+420 585 639 512** nebo **+420 585 639 518** pro další informace (termín zhotovení, místo a čas vyzvednutí zhotovené autovakcíny).