



Státní zdravotní ústav
Centrum epidemiologie a mikrobiologie
Národní referenční laboratoř pro *E. coli* a shigely
Šrobárova 48, 100 42 Praha 10
tel.: 267 082 588; e-mail: monika.marejkova@szu.cz

Zdravotnická laboratoř č. 8002 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2013

Vyplňuje NRL
lab. číslo:
datum přijetí:
čas přijetí:

Žádanka o vyšetření v NRL pro *E. coli* a shigely

ZADAVATEL

Název:	
Adresa:	
Kontaktní osoba:	
E-mail:	Tel:

VZOREK

Číslo vzorku zadavatele:	Datum odběru:	
<input type="checkbox"/> kmen z rektálního výtěru/stolice	<input type="checkbox"/> stolice*	<input type="checkbox"/> jiné:

POŽADAVEK NA VYŠETŘENÍ

Vyhovující prosím zaškrtnete:

sérotypizace (kmene *E. coli*, *Shigella sp.*, *Yersinia enterocolitica*) - kmen aglutinoval v _____

průkaz genů pro Shiga toxiny**

průkaz genů pro faktory virulence dalších patotypů *E. coli* - testujeme dle anamnézy pacienta, séroskupiny kmene

rozlišení *E. coli* x shigela jiné:

Komentář:

PACIENT

Příjmení, jméno:	
Rodné číslo:	
Diagnóza:	Pojišťovna:
IČP žadatele:	Kód odbornosti lékaře:
Doplňující údaje k diagnóze:	
<input type="checkbox"/> bez průjmu <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> průjem s krví <input type="checkbox"/> HUS	
Pobyt v zahraničí (posledních cca 14 dnů): <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO, kde:	
Léčba antibiotiky (posledních 10 dnů před odběrem):	
<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (uveďte název ATB a datum poslední dávky):	
Bydliště a kraj (KHS) pacienta (vyplňte pokud se jedná o pacienta se susp. STEC):	

Razítko:

Datum:

Podpis zadavatele:

* prosíme posílat v indikovaných případech (HUS, jiné závažné stavy)

** vždy testujeme u séroskupin dle vyhlášky č. 275/2010 Sb.

Výsledek NRL:

hlášeno telefonicky/e-mailem

datum, čas:

kont. osoba: