



Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano
Center za medicinsko mikrobiologijo
Oddelek za medicinsko mikrobiologijo NOVA GORICA
Vipavska cesta 13, 5000 Nova Gorica

T: 05 33 08 600, E: ng.cmm@nlzoh.si, splet: www.nlzoh.si

Izpolni laboratorij:

Protokolna št.: _____

Datum in ura sprejema: _____

Sprejel: _____

Spremni list za mikrobiološke preiskave – OMM NOVA GORICA

Ime in naslov zdravstvene organizacije (žig)

Podatki o preiskovancu

Priimek in ime _____

Datum rojstva _____ Spol M Ž

Naslov _____

Številka ZZS _____

EMŠO _____

Občina _____

PROSTOR ZA NALEPKO ali ŽIG pošiljatelja

Kontaktna številka za urgentno sporočanje _____

Začetek obolenja:

Diagnoza:

Zdravljenje z antibiotiki:

pred odvzemom kužnine

po odvzemu

v zadnjih 8 tednih

Pojav obolenja:

sporadičen sum na epidemijo/epidemija

kontakt z:

potovanje v tujino

kontrola

VZOREC (kjer je smiselno, dopiši mesto odvzema)

bris nosa

urin – srednji curek

bris uretre

bris dekubitusa*

bris fistule*

bris žrela

urin s katetrom

bris cerviksa

bris ulkusa*

bris abscesa*

bris nazofarinksa

urin iz stalnega katetra

bris vagine

bris površinske rane*

ostružek*

sputum

urin – MOB vrečka

bris vagine+rektuma

bris globoke rane*

blato

bris sluhovoda*

urikult/uritest

bris kože

bris rane po operaciji*

perianalni odtis

bris očesne veznice*

urin-prvi curek

bris pustule

bris diabetičnega stopala*

kri-serum

* MESTO ODVZEMA: _____

drugi vzorci: _____

PREISKAVA NA (najpogostejše; za ostale glej nabor na www.nlzoh.si)

patogene bakterije

glive

S. agalactiae (sk. B)

Opomba: Nosečnost, teden _____

patogene črevesne bakterije

dermatofite

Toxoplasma gondii

Borrelia burgdorferi

PCR na črev. patogene

parazite

HIV-presejalni test

semikvantitativna urinokultura

PCR na črevesne viruse

Treponema pallidum

orientacijska preiskava seča - urikult

PCR na SPO

anti-HCV

anti-HBc

anti-HBs

HBs antigen

Cepljenje DA/NE

druga preiskava: _____

Datum in ura odvzema:

Odvzel:

Sporočilo zdravnika laboratoriju:

Kraj:

Datum pošiljanja:

Šifra zdravnika:

Ime in priimek ter podpis zdravnika:

Primarno nacepil (datum in podpis):	Preiskavo zaključil (datum in podpis):	Izvid podpisal (datum in podpis):
--	---	--