



číslo pojištění		žena	<input type="checkbox"/>	pojišťovna		samoplátce	<input type="checkbox"/>	odběr provedl		rázítko a podpis lékaře, vč. IČP a odbornosti
u cizinců datum naroz.		muž	<input type="checkbox"/>	diagnóza				datum odběru		
příjmení		výsledky osobně	ano <input type="checkbox"/>	ambulantní	<input type="checkbox"/>	hospitalizovaný	<input type="checkbox"/>	telefon na ošetřujícího lékaře	čas odběru	
jméno		ne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kontakt na pacienta						

adresa bydliště pacienta	
--------------------------	--

Současná ATB terapie	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	druh ATB		dávka		vzorek přijal/a	
----------------------	------------------------------	-----------------------------	----------	--	-------	--	-----------------	--

místo pro datum a čas příjmu

Respirační trakt, oko, ucho	Urogenitální trakt	Gastrointestinální trakt	Ostatní infekce – výtěr/stěr	Ostatní infekce – tekutý mat./tkáň	Další možné požadavky
<input type="checkbox"/> výtěr z krku	<input type="checkbox"/> moč spontánní (zabraňte kontaminaci ze zevního genitálu, hygiena před odběrem nutná!)	<input type="checkbox"/> výtěr z rektu – střevní patogeny V záhlaví uveďte adresu a tel. pacienta!	<input type="checkbox"/> rána	<input type="checkbox"/> hnis	<input type="checkbox"/> druh vzorku:
<input type="checkbox"/> stěr z tonzily <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> moč spontánní – URICULT	<input type="checkbox"/> žluč	<input type="checkbox"/> stěr z kůže/morfy	<input type="checkbox"/> sekret	<input type="checkbox"/> Mykologické vyšetření vzorku
<input type="checkbox"/> výtěr z nosohltanu	<input type="checkbox"/> moč cévkovaná	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile ag+toxiny (tekutá stolice 1–2 ml) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> absces	<input type="checkbox"/> obsah drénu	druh vzorku:
<input type="checkbox"/> výtěr z laryngu	<input type="checkbox"/> moč z PMK	<input type="checkbox"/> v případě positivity toxinů stanovení citlivosti	<input type="checkbox"/> bércový vřed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> punktát	<input type="checkbox"/> mikroskopie
<input type="checkbox"/> stěr z jazyka	<input type="checkbox"/> moč z nefrostomie	<input type="checkbox"/> biopsie: kultivace Helicobacter pylori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dekubitus	<input type="checkbox"/> likvor	<input type="checkbox"/> kultivace
<input type="checkbox"/> výtěr z dutiny ústní	<input type="checkbox"/> moč z:	Cizorodý materiál	<input type="checkbox"/> ložisko	<input type="checkbox"/> tkáň	<input type="checkbox"/> citlivost na antimykotika
<input type="checkbox"/> sputum vykašlané	<input type="checkbox"/> výtěr z pochvy	<input type="checkbox"/> CŽK (centrální žilní katetr)	<input type="checkbox"/> píštěl	<input type="checkbox"/> kost	Vyšetření na Mycobacterium
<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> výtěr z cervixu	<input type="checkbox"/> PŽK (periferní žilní katetr)	<input type="checkbox"/> jiný:	<input type="checkbox"/> jiný:	druh vzorku:
<input type="checkbox"/> sekret z DC/aspirát	<input type="checkbox"/> včetně kultivace N. gonorrhoeae	<input type="checkbox"/> arteriální kanylá	SCREENING zaměřený na:	<input type="checkbox"/> Výroba autovakcíny <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mikroskopie
<input type="checkbox"/> odsávací kanylá z DC	<input type="checkbox"/> IUD	<input type="checkbox"/> kanylá z:	<input type="checkbox"/> MRSA výtěr krk	<input type="checkbox"/> perorální	<input type="checkbox"/> kultivace <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> punktát z paranaz. dutin	<input type="checkbox"/> lochie	<input type="checkbox"/> drén z:	<input type="checkbox"/> MRSA výtěr nos	<input type="checkbox"/> nasální	<input type="checkbox"/> citlivost <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ucho – středoušní tekutina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> plodová voda	<input type="checkbox"/> jiný:	<input type="checkbox"/> MRSA jiný:	<input type="checkbox"/> parenterální	<input type="checkbox"/> PCR MTBkplex <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> výtěr zevní zvukovod <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> výtěr z uretry	<input type="checkbox"/> výtěr z uretry (muž)	<input type="checkbox"/> GBS (Str. agalactiae) pochva	<input type="checkbox"/> kmeny požadované do vakcíny:	Parazitologické vyšetření
<input type="checkbox"/> stěr spojivka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> včetně kultivace N. gonorrhoeae	<input type="checkbox"/> výtěr z pochvy	<input type="checkbox"/> GBS (Str. agalactiae) rektum	<input type="checkbox"/> tel. kontakt pro vyzvednutí vakcíny:	<input type="checkbox"/> perianální otisk – roupi viz Pozn. 1
<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae – antigen z moči <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ejakulát	<input type="checkbox"/> MOP 1 sklo <input type="checkbox"/> MOP 2 skla			<input type="checkbox"/> stolice základní <input type="checkbox"/> viz Pozn. 1
<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila – antigen z moči <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> včetně kultivace N. gonorrhoeae				<input type="checkbox"/> stolice po návratu z tropů a subtropů <input type="checkbox"/> viz Pozn. 1 navštívená země:
<input type="checkbox"/> kultivace Legionella sp. <input type="checkbox"/> druh vzorku:	<input type="checkbox"/> prostatický sekret				<input type="checkbox"/> Cryptosporidium, kokcidie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kultivace Bordetella sp. <input type="checkbox"/> druh vzorku:	<input type="checkbox"/> včetně kultivace N. gonorrhoeae				<input type="checkbox"/> určení zaslaného parazita (<input type="checkbox"/>)
<input type="checkbox"/> jiný:	<input type="checkbox"/> kultivace Trichomonas vaginalis (C.A.T. souprava):				<input type="checkbox"/> jiný:

Vysvětlivky ke značkám v tabulce:

▶ uveďte přesnější určení odběru vzorku jako např. lokalizaci a typ rány, popis místa odběru (z hloubky, z povrchu, z okraje, P/L, pořadí a místo odběru HK, ...) | ► uveďte jinou možnost

 provádíme po telefonické domluvě | průkaz přítomnosti antigenu mikrobiálního agens v materiálu vyšetření provádí smluvní laboratoř

Pozn. 1: počet perianálních otisků/stolic a data jejich odběrů uveďte na druhou stranu

Hemokultury – 1. sada

čas odběru sady	
<input type="checkbox"/> aerobní	místo pro štítek HK
<input type="checkbox"/> anaerobní	místo pro štítek HK
<input type="checkbox"/> stěr z kůže před odběrem sady HK	

Hemokultury – 2. sada

čas odběru sady	
<input type="checkbox"/> aerobní	místo pro štítek HK
<input type="checkbox"/> anaerobní	místo pro štítek HK
<input type="checkbox"/> stěr z kůže před odběrem sady HK	

Hemokultury – 3. sada

čas odběru sady	
<input type="checkbox"/> aerobní	místo pro štítek HK
<input type="checkbox"/> anaerobní	místo pro štítek HK
<input type="checkbox"/> stěr z kůže před odběrem sady HK	

Epikríza (stručně) popř. kontakt s přenosným onemocněním, návrat z ciziny apod.
příp. **Pozn. 1 z první strany**

Co je obsahem bakteriologického vyšetření vzorků v naší laboratoři?

Mikrobiologické kultivační vyšetření zahrnuje, dle povahy dodaného materiálu, **mikroskopii, aerobní kultivaci, popř. anaerobní kultivaci.**

U patogenních mikrobů stanovujeme citlivost k antimikrobním preparátům.

Způsob odběru vzorků

- tekutý materiál, tkáň: sterilní zkumavka, kontejner
- hnis, punktáty atd. s předpokládanou anaerobní florou: optimálně ponechat v injekční stříkačce bez vzduchu se zajištěným konusem
- stěry/výtěry: tampon v transportní půdě

Další vyšetření nabízíme prostřednictvím žádanek:

- A** biochemie, hematologie
- B** infekční sérologie a přímý průkaz agens
- *** vyšetření OGTT – žádanka s pokyny pro pacienty

Žádanky na vyžádání zašleme, nebo je najdete ke stažení na www.vidia-diagnostika.cz

Kontakty na laboratoře

Sídlo společnosti
VIDIA-DIAGNOSTIKA,
spol. s r. o.
Poliklinika Černý Most
Generála Janouška 902
198 00 Praha 9

+420 281 911 908–10
+420 604 265 116

info@vidia-diagnostika.cz
www.vidia-diagnostika.cz

Laboratoře **Černý Most – Poliklinika Parník**
Generála Janouška 902
198 00 Praha 9
+420 281 911 908–10
+420 604 265 116

Laboratoře **Jabloňová – Poliklinika Zahradní Město**
Jabloňová 8 | 106 00 Praha 10
+420 267 295 345
+420 267 295 278

Pracoviště **Rehabilitační klinika Malvazinky**
(detašované pracoviště Laboratoře Jabloňová)
U Malvazinky 5 | 150 00 Praha 5
+420 251 116 682

Pracoviště **Nemocnice Neratovice**
Alšova 462 | 277 11 Neratovice
+420 315 637 303

Pracoviště **Nemocnice Sedlčany**
Tyršova 161 | 264 01 Sedlčany
+420 318 841 574

Kontakty na odběrová místa

vyšetření OGTT provádíme pouze na místech označených *

Praha
Vinohrady, Maceškův palác
Budečská 2165/33, Praha 2 | +420 702 180 058

Nové Město
Sokolská 1662/35, Praha 2 | +420 601 367 168
Poliklinika Olšanská
Olšanská 2666/7, Praha 3 | +420 702 223 145

Poliklinika Modřany *
Soukalova 3355/3, Praha 4 | +420 601 102 840
Poliklinika Spořilov
Božkovská 2967/4, Praha 4 | +420 607 026 779

Rehabilitační klinika Malvazinky *
U Malvazinky 5, Praha 5 | +420 251 116 682

Zdravotní středisko Kytlická
Kytlická 779/19, Praha 9 | +420 702 223 187

Poliklinika Parník, Černý Most *
Generála Janouška 902, Praha 9 | +420 607 007 424

Poliklinika Zahradní Město *
Jabloňová 8, Praha 10 | +420 267 295 345

Dobřichovice
OM Dobřichovice
5. května 15, Dobřichovice | +420 607 026 849

Neratovice
Nemocnice Neratovice Alšova 462,
Neratovice | +420 315 637 303 *
Poliklinika Kojetická Kojetická 1021,
Neratovice | +420 702 187 757

Brandýs nad Labem
OM Brandýs nad Labem *
Výletní 2307, Brandýs n. L. | +420 702 187 756

Poděbrady
OM Poděbrady Jiráskova 252,
Poděbrady | +420 602 304 074 *

Sedlčany
Nemocnice Sedlčany Tyršova 161,
Sedlčany | +420 318 841 573 *

Příbram
Poliklinika RAVAK Čechovská 57,
Příbram VIII | +420 318 427 427