



<http://www.nil.gov.pl>
Tel. (+48-22) 851-44-96
Fax: (+48-22) 841-06-52

NARODOWY INSTYTUT LEKÓW

Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń
Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN)

Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej
ul. Chełmska 30/34, 00-725 Warszawa



<http://www.koroun.nil.gov.pl>

Tel.: (+48-22) 841-12-33
Fax: (+48-22) 841-00-65
koroun@nil.gov.pl

ZLECENIE BADANIA REFERENCYJNEGO

KOD próbki (wypełnia KOROUN)		
PRZESYŁANA PRÓBKA BIOLOGICZNA (wypełnia zlecający badanie)		
<input type="checkbox"/> szczep	<input type="checkbox"/> PMR	<input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> surowica
<input type="checkbox"/> inny materiał, jaki?		
INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA (wypełnia lekarz prowadzący lub osoba zlecająca badanie)		
imię i nazwisko / inicjały:		pleć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
PESEL:	data urodzenia/ wiek:	
adres zamieszkania:	województwo:	
data wystąpienia objawów:	dziecko uczęszcza do: <input type="checkbox"/> żłobka <input type="checkbox"/> przedszkola <input type="checkbox"/> szkoły	
data przyjęcia do szpitala:	nr historii choroby:	
DIAGNOZA	OBJAWY	EFEKTY LECZENIA
<input type="checkbox"/> zapalenie opon mózgowych <input type="checkbox"/> posocznica <input type="checkbox"/> zapalenie płuc <input type="checkbox"/> inne, jakie?	<input type="checkbox"/> oponowe <input type="checkbox"/> skórne (wysypka), jaka? gdzie? <input type="checkbox"/> żołądkowo-jelitowe: <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> inne, jakie?	<input type="checkbox"/> w trakcie leczenia <input type="checkbox"/> wyleczenie <input type="checkbox"/> zgon data zgonu: <input type="checkbox"/> powikłania, jakie?
zaburzenia odporności pacjenta: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie?		
zakażenia inwazyjne w najbliższym otoczeniu pacjenta: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<input type="checkbox"/> w rodzinie, kto? <input type="checkbox"/> w innym otoczeniu, jakim?		
SZCZEPIENIA PACJENTA		
szczepienie przeciw	nazwa szczepionki / daty szczepień	
<i>S. pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK		
<i>H. influenzae</i> typ b <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK		
<i>N. meningitidis</i> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK		
ANTYBIOTYKOTERAPIA PACJENTA (wypełnia lekarz prowadzący lub osoba zlecająca badanie)		
antybiotyk	okres leczenia	dawkowanie
informacje dodatkowe		
MIEJSCE HOSPITALIZACJI (wypełnia lekarz prowadzący lub osoba zlecająca badanie)		
nazwa, adres, tel., fax ośrodka	oddział i telefon kontaktowy	pieczęć i podpis lekarza prowadzącego
		data

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRÓBKI BIOLOGICZNEJ (materiału klinicznego i/lub szczepu)
(wypełnia pracownik laboratorium lub lekarz zlecający badanie)

BADANIE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO (PMR)

data i godzina pobrania PMR	wygląd PMR		wynik preparatu bezpośredniego PMR barwionego metodą Grama
	<input type="checkbox"/> przejrzysty	<input type="checkbox"/> mętny (ropny)	<input type="checkbox"/> krwawy
stężenie glukozy (mg/dl)	stężenie białka (mg/dl)		pleocytoza całkowita:
			komórki wielojądrzaste (%):
			limfocyty (%):
			komórki jednojądrzaste (%):
test lateksowy* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	nazwa gatunkowa wyhodowanego szczepu		data izolacji czynnika etiologicznego
wynik: <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> dodatni (jaki):			
gatunek:			numer oryginalny szczepu
serogrupa/serotyp:			

BADANIE KRWI LUB INNEGO MATERIAŁU KLINICZNEGO

rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> inny materiał, jaki?	data i godzina pobrania:	
stężenie CRP (mg/L):	stężenie prokalcytoniny (ng/ml):	
test lateksowy* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	nazwa gatunkowa wyhodowanego szczepu	data izolacji czynnika etiologicznego
wynik: <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> dodatni (jaki):		
gatunek:	numer oryginalny szczepu	
serogrupa/serotyp:		

*test lateksowy - wykonanie badania testem lateksowym wykrywającym antygeny rozpuszczalne wybranych drobnoustrojów

informacje dodatkowe

DANE LABORATORIUM ZLECAJĄCEGO BADANIE REFERENCYJNE

nazwa, adres, telefon, fax, e-mail	pieczętka i podpis kierownika laboratorium lub osoby upoważnionej
	data próbkę do wysyłki przygotował (imię i nazwisko)
	podpis

WYPEŁNIA KOROUN

data i godzina dostarczenia próbki do KOROUN	przegląd zlecenia	przegląd jakości próbki	próbkę przyjął i ocenił
--	-------------------	-------------------------	-------------------------