



<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 przesyłki: P - _____ - _____ (wypełnia KOROUN)		KOD próbki: NIL - _____ (wypełnia KOROUN)	
1. PRZESYŁANA PRÓBKĄ 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?			
2. INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA (wypełnia lekarz prowadzący lub osoba zlecająca badanie)			
imię i nazwisko / inicjały:		płeć <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:	
3. DIAGNOZA		4. OBJAWY	
<input type="checkbox"/> zapalenie opon mózgowych	<input type="checkbox"/> oponowe	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
<input type="checkbox"/> posocznica	<input type="checkbox"/> skórne (wysypka)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, jaka? gdzie?
<input type="checkbox"/> zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> żołądkowo-jelitowe	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, jakie?
<input type="checkbox"/> inne, jakie?	<input type="checkbox"/> biegunka	<input type="checkbox"/> nudności	<input type="checkbox"/> wymioty
	<input type="checkbox"/> inne, 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?			
6. 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			
7. ANTYBIOTYKOTERAPIA PACJENTA (wypełnia lekarz prowadzący lub osoba zlecająca badanie)			
antybiotyk	okres leczenia	dawkowanie	
informacje dodatkowe			
8. MIEJSCE HOSPITALIZACJI (wypełnia lekarz prowadzący lub osoba zlecająca badanie)			
nazwa, adres, tel., fax ośrodka		oddział i telefon kontaktowy	pieczętka i podpis lekarza prowadzącego
			data

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

9. 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:				

10. 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		data izolacji czynnika etiologicznego
nazwa gatunkowa wyhodowanego szczepu		
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

11. 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	przeгляд zlecenia	przeгляд jakości próbki	próbkę przyjął i ocenił