

Vypĺňať paličkovým písmom tmavým perom.

interný kód laboratória

Rodné číslo:		☐ muž ☐ žena	hl. diagnóza (MKCH):	1.	Kód PZS odosielateľa:	
Priezvisko:			pridružená diagnóza:	2.	Kód LEKÁRA odosielateľa:	
Meno:				3.	Kód PZS odporúčajúceho:	
Bydlisko:			žiadamka vystavená:		Kód LEKÁRA odporúčajúceho:	
ID hospitalizačného prípadu:			kód poisťovne:		Pečiatka a podpis lekára	
EÚ poisťenci: (priložiť kópiu ZP)		Typ poskytnutej zdrav. starostlivosti:	dátum odberu:			
Identifikačné číslo pacienta		Kód krajiny EU:	čas odberu:			
E-mail pacienta:			Fakturovať: ☐ zdravot. zariadenie			

ATB terapia:		Poznámka lekára:	
Gravidita:			

Druh materiálu:	☐ stolica ☐ sérum ☐ moč ☐ likvor ☐ BAL ☐ iný materiál	
-----------------	---	----------------------

Počet vzoriek na objednávku: ¹		
Priamy dôkaz	Nepriamy dôkaz	Dotazník na analýzu tkanivových parazitóz ³
☐ parazitologická analýza	☐ toxokaróza	trvanie ochorenia:
☐ kryptosporídie	☐ trichinelóza	
☐ mikrosporídie	☐ echinokokóza - hydatidóza (<i>Echinococcus granulosus</i>)	klinické prejavy:
☐ moč na parazity	☐ echinokokóza - alveokokóza (<i>E. multilocularis</i>)	
☐ perianálny odtlačok na <i>Enterobius vermicularis</i>	☐ amebóza (<i>Entamoeba histolytica</i>)	eozinofília:
☐ identifikácia zaslaného parazita	☐ toxoplazmóza	☐ nie ☐ áno %:
☐ <i>Trichomonas vaginalis</i> (kultivačne)	☐ leishmanióza	leukocyty - počet:
☐ <i>Pneumocystis jirovecii</i> (mikroskopicky)	☐ cysticerkóza	konzumácia nedostatočne teplom spracovaného mäsa
☐ améby (<i>Naegleria</i> , <i>Acanthamoeba</i>)	☐ iné – uviesť:	☐ nie ☐ áno
Antigény zo stolice		pobyt v zahraničí:
☐ <i>Entamoeba histolytica</i>		☐ nie ☐ áno
☐ <i>Cryptosporidium</i> spp.		kde:
☐ <i>Giardia intestinalis</i> ²		kedy:
☐ <i>Helicobacter pylori</i>		
☐ rotavírusy a adenovírusy	Molekulárno-biologické metódy	kontakt so zvieratom
☐ astrovírusy a norovírusy	☐ <i>Toxoplasma gondii</i> DNA PCR	☐ nie ☐ áno
	☐ <i>Pneumocystis jirovecii</i> DNA PCR	

¹ V prípade viacerých rovnakých materiálov uveďte ich rozpis na zadnej strane tlačiva.² Analýza je indikovaná v prípade opakovane negatívnej stolice na parazity a pri pretrvávajúcom podozrení na giardózu.³ Vyplnenie sa vzťahuje na larválnu toxokarózu, trichinelózu, echinokokózu a amebózu.www.medirex.skKlientske centrum
0800 00 30 30MEDIREX GROUP
Centrálné laboratórium BA
Galvaniho 17/C
821 04 BratislavaMEDIREX GROUP
Centrálné laboratórium NR
Novozámocká 67
949 05 Nitra-Horné KrškanyMEDIREX GROUP
Centrálné laboratórium KE
Magnezitárska 2/C
040 13 Košice