

УПУТ ЗА МИКРОБИОЛОШКО ИСПИТИВАЊЕ

Образац 1.

Здравствена установа која шаље материјал

Здравственој установи која прима материјал

Одељење _____

Име и презиме ординирајућег лекара/ бр. телефона

Број здравствене картице _____

Година рођења _____

_____ Пол М Ж

Име, име једног родитеља и презиме пацијента

ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ЛБО | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Адреса пребивалишта: _____

За стране држављане: Држава _____ Врста документа: _____ бр. _____

Врста узорка (означити): серум / крв / испљувак / ликвор / столица / урин / брис цервикса / вагине / уретре

брис грла / носа / назофаринкса / брис ока / брис уха / сквама / брис коже / ране (регија) _____

ткиво _____ пунктат/аспират/лават _____ друго _____

Врста траженог прегледа (означити):

а) бактериолошки б) вирусолошки в) паразитолошки г) миколошки д) серолошки

Врста анализе / узрочник: _____

Дијагноза (латински назив и МКБ шифра): _____

Медикаментозна терапија: НЕ ДА Навести врсту лека и датум почетка терапије:

Датум издавања | | | | | | | | | |

М П

потпис и факсимил доктора медицине