

Упут за испитивање на микобактерије са извештајем о микроскопском прегледу

Образац 2.

Здравственој установи \_\_\_\_\_

МАТЕРИЈАЛ УПУЋУЈЕ

\_\_\_\_\_ (здрав. установа/одељење/лекар)

БОЛЕСНИК

\_\_\_\_\_ (име/име једног родитеља/презиме)

Година рођења | | | | | Пол: М  Ж

Матични број | | | | | | | | | | | | | | | |

Адреса \_\_\_\_\_ (улица и број)

\_\_\_\_\_ (град)

\_\_\_\_\_ (управни округ)

\_\_\_\_\_ (телефон)

Материјал

Спутум

\_\_\_\_\_ (друго)

Разлог

Дијагностика

Праћење лечења

Тип

новооболели

болесника:

раније лечен

Датум узимања | | | | | | | |

Узорак узео \_\_\_\_\_

ИЗВЕШТАЈ МИКРОСКОПСКОГ ПРЕГЛЕДА

Број лабораторијског протокола \_\_\_\_\_

Датум пријема узорка | | | | | | | |

Узорак

исправан

неисправан

Ацидорезистентни бацили \_\_\_\_\_ (Ø 1 – 9 бацила + ++ +++)

Датум издавања | | | | | | | |

МП

\_\_\_\_\_  
Потпис и факсимил доктора  
медицине