

Упут за испитивање на микобактерије са извештајем испитивања осетљивости на антитуберкулотике

Образац 4.

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 _____

Култура _____ (број културе)

Разлог испитивања: Дијагностика Праћење лечења

Тип болесника: новооболели раније лечен

Датум узимања | | | | | | | | | | Узорак узео _____

РЕЗУЛТАТ ТЕСТА ОСЕТЉИВОСТИ НА АНТИТУБЕРКУЛОТИКЕ

Број лабораторијског протокола _____ Датум засејавања | | | | | | | | | |

Идентификован _____

ИЗОНИАЗИД	РИФАМПИЦИН	ПИРАЗИНАМИД	ЕТАМБУТОЛ	СТРЕПТОМИЦИН	Друго

С - осетљив; Р – резистентан

Датум издавања | | | | | | | | | |

МП

_____ Потпис и факсимил доктора медицине