

-----	-----	-----
-------	-------	-------

ZLECENIE BADANIA do KOROUN (1/2)**Dotyczy inwazyjnych zakażeń bakteryjnych nabytych poza szpitalem**

*Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae, Listeria monocytogenes, Escherichia coli**,

Wypełnione zgłoszenie wraz ze szczepem lub materiałem klinicznym prosimy przelać na adres: Narodowy Instytut Leków, Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, 00-725 Warszawa, Chełmska 30/34; tel: 0-22 841-12-33; fax: 0-22 841-00-65, email: koroun@nil.gov.pl; www.koroun.edu.pl

PRZESYŁANY MATERIAŁ KLINICZNY LUB IZOLAT/Y (wypełnia zlecający badanie)		
<input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> surowica <input type="checkbox"/> izolat z PMR <input type="checkbox"/> izolat z krwi <input type="checkbox"/> inny (jaki?):.....		
INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA (wypełnia lekarz prowadzący/zlecający badanie)		
Imię i nazwisko Inicjały (imię i nazwisko) PESEL	Data urodzenia/wiek: Płeć: K M	Szczepienia/kiedy?/ile dawek? N. men: tak nie nie wiem..... Hib: tak nie nie wiem..... S. pne: tak nie nie wiem.....
Miejsce zamieszkania (miejscowość): woj.:.....	Uczęszcza do (zakreślić): żłobka: tak nie przedszkola: tak nie	Rodzeństwo (liczba): Wiek w latach/miesiącach: Zakażenia OUN w rodzinie:
Numer historii choroby:	Data wystąpienia objawów:	Data przyjęcia do szpitala:
Diagnoza (proszę zaznaczyć) <input type="checkbox"/> Zap. opon mózgowo-rdzeniowych <input type="checkbox"/> Bakteriemia <input type="checkbox"/> Posocznica <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....	Objawy: Oponowe: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Wysypka (gdzie?):..... Inne (jakie?):.....	Efekt leczenia (proszę zaznaczyć) <input type="checkbox"/> W trakcie leczenia <input type="checkbox"/> Wyleczenie <input type="checkbox"/> Powikłania <input type="checkbox"/> Zgon (data):.....
Upośledzenie odporności pacjenta:		
ANTYBIOTYKOTERAPIA PACJENTA (wypełnia lekarz prowadzący/zlecający badanie)		
Antybiotyk	Dawkowanie	Okres leczenia
MIEJSCE HOSPITALIZACJI (wypełnia lekarz prowadzący/zlecający badanie)		
Nazwa, adres, tel., fax ośrodka <u>/pieczęć/</u>	Oddział tel. kontaktowy:	Lekarz prowadzący/zlecający <i>/imię, nazwisko lub pieczęć imienna/</i> data / podpis:

*Należy przysyłać wszystkie inwazyjne izolaty *E. coli* od noworodków; od dorosłych tylko z PMR.

N. men – *N. meningitidis*, Hib – *H. influenzae* typu b; S. pne – *S. pneumoniae*, OUN – ośrodkowy układ nerwowy

ZLECENIE BADANIA do KOROUN (2/2)

INFORMACJE DOTYCZĄCE MATERIAŁU KLINICZNEGO I/LUB IZOLATU (wypełnia pracownik laboratorium zlecającego badanie)

BADANIE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO (PMR)

Data pobrania PMR:	Wygląd płynu (proszę zaznaczyć) <input type="checkbox"/> Przejrzysty <input type="checkbox"/> Ropny (mętny) <input type="checkbox"/> Krwawy	Preparat bezpośredni (metoda Grama) Wynik:
Glukoza (mg/dl):	Białko (mg/dl):	Pleocytoza (ogółem): % kom. wielojądrzaste: % limfocyty % kom. jednojądrzaste
CRP:	Prokalcytonina:	Mleczany
Test lateksowy: tak nie Producent testu:..... Wynik:.....	Data izolacji czynnika etiologicznego:	Gatunek: Nr oryg. izolatu

BADANIE KRWI LUB INNEGO MATERIAŁU

Rodzaj materiału Krew: tak nie Inny (jaki?)	Data pobrania materiału:	Preparat bezpośredni (metoda Grama) Wynik:
Test lateksowy: tak nie Producent testu:..... Wynik:.....	Data izolacji czynnika etiologicznego:	Gatunek: Nr oryg. izolatu

UWAGI:

DANE LABORATORIUM (wypełnia pracownik laboratorium zlecającego badanie)

Nazwa, adres, tel., fax ośrodka <i>/pieczęć/</i>	Osoba wypełniająca <i>/imię, nazwisko lub pieczęć imienna/</i>	Data i podpis:
--	--	-----------------------