

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

[illegible]**WIEK:**

--	--	--

DATA URODZENIA:

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

NR PESEL LUB SERIA I NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:

[illegible]

PŁEĆ:

K		M	
---	--	---	--

ROZPOZNANIE (ICD-10/-11):

--

DATA ZGONU:

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

DATA SEKCJI ZWŁOK:

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

INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ WPŁYW NA WYNIK BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO (np. temperatura przechowywania zwłok, czas od śmierci do przetransportowania ciała do chłodni):

Zakażenia inwazyjne		Tkanki		Inne		Wymazy (podać lokalizację)	
Płyn mózgowo-rdzeniowy		Serce		Mocz z pęcherza			
Krew		Mózg		Płyn z opłucnej			
Płyn z worka osierdziowego		Wątroba		Płyn z otrzewnej			
Zastawka		Śledziona		Płyn stawowy			
		Trzustka		Ropa			

OCENA LEKOWRAŻLIWOŚCI WSZYSTKICH IZOLOWANYCH DROBNOUSTROJÓW*:

TAK		NIE	
-----	--	-----	--

* Zgodnie z obowiązującą w Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy procedurą badania mikrobiologicznego materiału sekcyjnego, lekowrażliwość jest oznaczana u drobnoustrojów, które są uznawane za potencjalny czynnik etiologiczny zakażeń u ludzi

WYŁĄCZNIE PO KONSULTACJI Z LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNYM:

Metoda badania	Rodzaj materiału	Kierunek badania
Diagnostyka technikami immunologicznymi		
Diagnostyka technikami molekularnymi		

Data i godzina			
zlecenia badania	pobrania materiału	przekazania materiału do transportu	przyjęcia materiału w laboratorium
Pieczęć i podpis osoby zlecającej badanie	Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał	Podpis osoby odbierającej materiał	Podpis osoby przyjmującej materiał
Informacje o błędach przedlaboratoryjnych			