



Наименование направляющего учреждения _____ Код направляющего учреждения _____

Фамилия пациента _____ Имя пациента _____

Отчество пациента _____ Пол пациента Мужской Женский

Дата рождения пациента ДД - ММ - ГГГГ _____

Контактный телефон пациента ; врача Беременность Да Нет Срок беременности _____ Недель День цикла _____ Менопауза _____ лет

Время взятия образца ЧЧ - ММ _____

Дата взятия образца ДД - ММ - 202Г _____

Дата последнего приёма АМП/Антимикотич. препарата/Эубиотика ДД - ММ - 202Г _____ Пациент амбулаторный Пациент стационарный

ПОСЕВ НА ФЛОРУ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
При взятии биоматериала из трех и более локусов оформите дополнительный направительный бланк.

<input type="checkbox"/> 140006 К основному спектру АМП	<input type="checkbox"/> 140007 К расширенному спектру АМП	<input type="checkbox"/> 140008 К основному спектру АМП и бактериофагам	<input type="checkbox"/> 140009 К расширенному спектру АМП и бактериофагам
Коллектор транспортный со средой Эймса (для мазков) ШТРИХ КОД ПРОБЫ или Контейнер пластиковый универсальный (для биожидкостей) или Вакуумная пробирка с консервантом (для посева мочи, оливковая крышка)	<input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из уретры <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из влагалища <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из цервикального канала <input type="checkbox"/> моча (средняя порция) <input type="checkbox"/> эякулят <input type="checkbox"/> секрет предстательной железы	<input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из носоглотки <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое носовых ходов <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из ротоглотки <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из ротовой полости <input type="checkbox"/> грудное молоко (правая железа) <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из наружного уха (правое) <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое конъюнктивы глаза (правый)	<input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> желчь <input type="checkbox"/> пункционная жидкость* <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое раны* <input type="checkbox"/> инфильтрат* <input type="checkbox"/> содержимое абсцесса* <i>*Указать локус _____</i>
<input type="checkbox"/> 140006 К основному спектру АМП	<input type="checkbox"/> 140007 К расширенному спектру АМП	<input type="checkbox"/> 140008 К основному спектру АМП и бактериофагам	<input type="checkbox"/> 140009 К расширенному спектру АМП и бактериофагам
Коллектор транспортный со средой Эймса (для мазков) ШТРИХ КОД ПРОБЫ или Контейнер пластиковый универсальный (для биожидкостей) или Вакуумная пробирка с консервантом (для посева мочи, оливковая крышка)	<input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из уретры <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из влагалища <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из цервикального канала <input type="checkbox"/> моча (средняя порция) <input type="checkbox"/> эякулят <input type="checkbox"/> секрет предстательной железы	<input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из носоглотки <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое носовых ходов <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из ротоглотки <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из ротовой полости <input type="checkbox"/> грудное молоко (левая железа) <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое из наружного уха (левое) <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое конъюнктивы глаза (левый)	<input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> желчь <input type="checkbox"/> пункционная жидкость* <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое раны* <input type="checkbox"/> инфильтрат* <input type="checkbox"/> содержимое абсцесса* <i>*Указать локус _____</i>

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ • КАЛ • МАЗОК ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ

Контейнер пластиковый универсальный ШТРИХ КОД ПРОБЫ	КАЛ	Коллектор транспортный со средой Кэри Блейр ШТРИХ КОД ПРОБЫ	Выберите один из видов биоматериала <input type="checkbox"/> мазок из прямой кишки (зонд-тампон, среда Кэри Блейр) <input type="checkbox"/> кал (зонд-тампон, среда Кэри Блейр) <input type="checkbox"/> 140005 Посев на иерсинии (<i>Y. enterocolitica/pseudotuberculosis</i>) с опр. чувств. к АМП
Коллектор транспортный со средой Кэри Блейр ШТРИХ КОД ПРОБЫ	Коллектор транспортный со средой Кэри Блейр ШТРИХ КОД ПРОБЫ	Коллектор транспортный со средой Кэри Блейр ШТРИХ КОД ПРОБЫ	Выберите один из видов биоматериала <input type="checkbox"/> мазок из прямой кишки (зонд-тампон, среда Кэри Блейр) <input type="checkbox"/> кал (зонд-тампон, среда Кэри Блейр)
<input type="checkbox"/> 140022 Посев на кишечную группу: шигеллы, сальмонеллы (<i>Shigella spp., Salmonella spp.</i>)	<input type="checkbox"/> 140027 Посев на тифо-паратифозную группу (<i>Salmonella typhi, Salmonella paratyphi A, Salmonella paratyphi B</i>)	<input type="checkbox"/> 140030 Посев на анаэробы, возбудители пищевых токсикоинфекций (ПТИ)	

