

Přijato:

P

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. - CENTRÁLNÍ LABORATOŘE
Laboratoř klinické mikrobiologie, Pracoviště parazitologie a mykologie, B. Němcové 54, České Budějovice 370 01
PŘÍJEM MATERIÁLU tel.: 38 787 3535, LABORATOŘ tel.: 38 787 3761-3, www.nemcb.cz

PARAZITOLOGICKÉ A MYKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Č. pojištění: _____ Datum narození: _____
Příjmení, jméno: _____ Pohlaví: _____
Oddělení/bydliště: _____ ZP: _____
Materiál: _____ Dg.: _____
Léčba ATM: _____

Razítko a podpis lékaře:

Parazitologie tel: 387 873 762

- Standardní vyšetření stolice
- Specializované vyš. stolice při návratu z tropů *3
- Vyšetření na enterobiózu (otisk dle Grahama, Schüffnera)
- Vyšetření stolice na *Cryptosporidium* a *Cyclospora* sp.
- Parazit k určení (červi, členovci, ...)
- Parazitologické vyšetření moče
- Parazitologické vyš. klin. materiálů (sputum, BAL, tkáň, žluč *1, duod. šťáva *1)
- Kult. vyš. na *Strongyloides* spp.
- Mikrobiální obraz poševní
- Vyšetření na *Trichomonas vaginalis* *1
- Vyš. na *Acanthamoeba* spp. a volně žijící měňavky (po tel. domluvě)
- Mikroskopické vyšetření na malárii (tlustá kapka, krevní roztěr) *3
- Průkaz antigenu *Plasmodium* spp. v krvi (vakueta s fialovým uzávěrem, aditivum EDTA) *3
- Mikroskopické vyšetření na leishmaniózu *3
- Vyšetření na svrab

Sérologie tel: 387 873 761

průkaz protilátek (srážlivá krev):

- Toxoplasmóza
- Borrelióza
 - při pozitivitě CLIA - potvrzení Western Blot vč. *Anaplasma*
- Leptospiróza
- Toxokaróza

Mykologická sérologie

průkaz protilátek (srážlivá krev):

- Candida* spp.
- Aspergillus* spp.

průkaz antigenu:

(srážlivá krev - pouze vakueta s červeným uzávěrem bez aditiv; BAL, likvor - sterilní odběr.nádoba)

- Candida* spp.
- Aspergillus* spp.
- Cryptococcus* spp.
- Beta-D-glukan (panfungální ag)

Mykologie tel: 387 873 763

- Mykologické vyšetření klinických materiálů
- Mykologické vyšetření na dermatomykózy *2
- Určení kvasinek a plísní
- Citlivost na antimykotika

- Mikroskopické vyšetření na pneumocystózu (BAL)

PODMÍNKY ODBĚRU

*1) po odběru transport ihned do laboratoře při T 37°C

*2) uvádět lokalizaci postižení, kontakt se zvířetem

*3) uvádět cestovatelskou anamnézu

Datum a čas odběru:
Odebral/a:

Lab.číslo:

Údaje laboratoře: