

Patient/in Patienten-Etikett hier einkleben oder maschinell beschriften, falls nicht vorhanden bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Aufnahme-Nr. _____ männlich weiblich

Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie,
Virologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik GbR

Tomphecke 45, 41169 Mönchengladbach
Fon 0 21 61 / 81 94 0, Fax 0 21 61 / 81 94 50
www.labor-stein.de



MIKROBIOLOGIE



Einsender

Privat prä-/poststationär

Station _____ Kostenstelle _____

Datum _____ Unterschrift Arzt/in _____

Für ambulante Patienten bitte Überweisungsschein hinzufügen!

Diagnose / Fragestellung / Medikation / Hinweise:

Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____

Auftragsnummer Vorbefund _____

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

BLUTKULTUR	KATHETER / DRAINAGE	ZNS-INFEKTION	RESPIRATORISCHE-INFEKTION	TBC / MYKOBAKTERIEN
<input type="checkbox"/> BK aerob / anaerob peripher <input type="checkbox"/> BK aerob / anaerob zentral <input type="checkbox"/> BK Pädiatrie <input type="checkbox"/> V. a. Endokarditis Entnahmezeit _____ Entnahmedatum _____	<input type="checkbox"/> Peripherer Katheter <input type="checkbox"/> Zentraler Katheter (ZVK) <input type="checkbox"/> Arterieller Katheter <input type="checkbox"/> Shaldon-Katheter <input type="checkbox"/> Sonstige Katheter: <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Kathetereintrittsstelle (Abstrich) <input type="checkbox"/> Drainagensekret* <input type="checkbox"/> Drainagenspitze* * Lok.: _____	<input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Liquor Shunt/Ableitung <input type="checkbox"/> Liquor in BK - Flasche <input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____	<input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchial-Lavage (BAL) <input type="checkbox"/> Pleurapunktat <input type="checkbox"/> Nasopharyngealer Abstrich <input type="checkbox"/> Rachenspülwasser <input type="checkbox"/> Sonstiges Material: INTERSTITIELLE LUNGENERKRANKUNG <input type="checkbox"/> Leuko-/Lymphozytendiff. (CD4/CD8) aus BAL recovery (ml) _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Bei Lungeninfektion und gleichzeitigem V. a. andere bakt. Erreger bitte 2 Röhrchen einschicken. Materialankreuzung immer im nebenstehenden Feld (Respiratorische Infektionen) <input type="checkbox"/> Magensaft <input type="checkbox"/> Morgenurin <input type="checkbox"/> Punktat* <input type="checkbox"/> Biopsie* * Lok.: _____ <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Heparin-/Citratblut <input type="checkbox"/> Liquor
GELENK- / KNOCHEN-INFEKTION	GASTROINTESTINAL-INFEKTION	UROGENITAL-INFEKTION	ABSTRICH / PUNKTAT	AUGEN- / HNO-INFEKTION
<input type="checkbox"/> V. a. periprothet. Gelenkinfektion* <input type="checkbox"/> V. a. Spondylodiszitis* * erfordert längere Bebrütungszeit <input type="checkbox"/> explantierte Prothese <input type="checkbox"/> Gelenkabstrich** <input type="checkbox"/> Gelenkpunktat** <input type="checkbox"/> Knochenabstrich** <input type="checkbox"/> Gewebe/Knochen** * Lok.: _____ <input type="checkbox"/> Knochenbank (Sterilitätsprüfung)	<input type="checkbox"/> Magensaft <input type="checkbox"/> Duodenalsaft <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Pankreassekret <input type="checkbox"/> Biopsie* * Lok.: _____ <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Anal- / Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Analklebestreifen (Oxyuren) <input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____	<input type="checkbox"/> Nierenbeckenpunktat <input type="checkbox"/> Blasenpunktionsurin <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Einmalkatheterurin <input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin <input type="checkbox"/> Urin-Tauchkultur (Uricult) <input type="checkbox"/> Harnröhrenabstrich <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Douglasabstrich <input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____	<input type="checkbox"/> Hautabstrich oberfl.* <input type="checkbox"/> Wundabstrich tief* <input type="checkbox"/> Abstrich intraoperativ* * Lok.: _____ <input type="checkbox"/> Dekubitusabstrich <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Abszessmaterial* <input type="checkbox"/> Punktat nativ* <input type="checkbox"/> Punktat in BK - Flasche* * Lok.: _____	<input type="checkbox"/> Bindehautabstrich <input type="checkbox"/> Hornhautabstrich <input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____ <input type="checkbox"/> HNO-Abszess <input type="checkbox"/> Gehörgangabstrich <input type="checkbox"/> Nasenabstrich <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenabstrich / Nasennebenhöhlensekret <input type="checkbox"/> Rachen- / Tonsillenabstrich <input type="checkbox"/> Zungenabstrich

ANFORDERUNG

ALLGEMEINE ERREGER	ATEMWEGE	GASTROINTESTINALTRAKT	UROGENITALTRAKT	SCREENING
<input type="checkbox"/> Bakt. Erreger u. Resistogramm <input type="checkbox"/> Hefen (z. B. Candida spp.) SPEZIELLE ERREGER / UNTERSUCHUNGEN <input type="checkbox"/> Mykobakterien mikrosk./Kultur <input type="checkbox"/> M. tuberculosis-Komplex PCR <input type="checkbox"/> CMV-DNA PCR <input type="checkbox"/> VZV-DNA PCR <input type="checkbox"/> EBV-DNA PCR <input type="checkbox"/> HSV Typ 1-DNA PCR <input type="checkbox"/> HSV Typ 2-DNA PCR <input type="checkbox"/> V. a. Brucellen <input type="checkbox"/> Eubakterielle PCR* *Nur nach vorheriger Absprache mit Mikrobiologen möglich!	<input type="checkbox"/> Fadenpilze (z. B. Aspergillus spp.) <input type="checkbox"/> Legionellen Kultur <input type="checkbox"/> Legionellen-Ag im Urin <input type="checkbox"/> Pneumokokken-Ag im Urin <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis PCR <input type="checkbox"/> Influenza A/B PCR <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Anaerobier (V. a. Aspiration) <input type="checkbox"/> Aktinomyzeten <input type="checkbox"/> Nocardien <input type="checkbox"/> Sonstige Erreger: _____	<input type="checkbox"/> Nosokomiale Diarrhoe Clostridium difficile, Noroviren <input type="checkbox"/> Ambulante Diarrhoe Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien <input type="checkbox"/> Diarrhoe bei Immunsuppression Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien, Noroviren, Clostridium difficile, Cryptosporidien / Kokzidien <input type="checkbox"/> Diarrhoe bei Kindern Adeno-, Rota-, Astroviren, EHEC, EPEC <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> EHEC <input type="checkbox"/> EPEC <input type="checkbox"/> Salmonellen / Shigellen <input type="checkbox"/> Yersinien <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Ag (Stuhl)	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Kultur <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Noroviren <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Cryptosporidien <input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica <input type="checkbox"/> Giardia lamblia <input type="checkbox"/> Würmer / Wurmeier <input type="checkbox"/> Sonstige Erreger: _____ UROGENITALTRAKT <input type="checkbox"/> Mykoplasma / Ureaplasma Kultur <input type="checkbox"/> Mykoplasma / Ureaplasma PCR <input type="checkbox"/> Gonokokken Kultur <input type="checkbox"/> Gonokokken PCR <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis PCR <input type="checkbox"/> HSV Typ 1-DNA PCR <input type="checkbox"/> HSV Typ 2-DNA PCR	<input type="checkbox"/> Sonstige Erreger: _____ SCREENING *Abstrich mit Lokalisationsangabe kennzeichnen! <input type="checkbox"/> MRSA* Kultur <input type="checkbox"/> MRSA* PCR - Schnelltest aus Nativmaterial (Abstrichröhrchen OHNE Transportmedium verwenden!) Nicht als Folgeuntersuchung geeignet! <input type="checkbox"/> ESBL-bildende <input type="checkbox"/> VRE (Vancomycin resistente Enterokokken) <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> B-Striptokokken * Lok.: _____