



# NARODOWY INSTYTUT LEKÓW



## Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów (KORLD)

Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej  
ul. Chełmska 30/34, 00-725 Warszawa

<http://www.nil.gov.pl>  
(+48-22) 851-44-96  
Fax: (+48-22) 841-06-52

<http://www.korld.nil.gov.pl>  
Tel.: (+48-22) 851-46-70  
korld@nil.gov.pl

### ZLECENIE BADANIA REFERENCYJNEGO

KOD próbki (wypełnia KORLD)		
<b>DANE LABORATORIUM PRZESYŁAJĄCEGO IZOLATU</b>		
Nazwa, adres, telefon, fax ośrodka, e-mail		Pieczętka i podpis kierownika laboratorium
		<i>data</i>
		Izolat do wysyłki przygotował
		<i>podpis</i>
<b>DANE PACJENTA</b>		
Inicjały (imię, nazwisko):	PESEL lub data urodzenia/ wiek:	Płeć (zakreśl właściwe) K                      M
<b>MIEJSCE POBYTU PACJENTA</b>		
ambulatorium <input type="checkbox"/> ZOL, DPS <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> data przyjęcia do szpitala/ZOL/DPS		
Nazwa , adres ośrodka (szpital, ambulatorium, ZOL)		Oddział
<b>DANE DOTYCZĄCE IZOLATU</b>		
Numer oryginalny IZOLATU	Data wyhodowania IZOLATU	Rodzaj materiału klinicznego
Identyfikacja izolatu (nazwa gatunkowa)		
badanie diagnostyczne <input type="checkbox"/> badanie przesiewowe <input type="checkbox"/>	Próbka pobrana w czasie do 48 godz. hospitalizacji <input type="checkbox"/> po 48 godz. hospitalizacji <input type="checkbox"/>	Metoda identyfikacji VITEK <input type="checkbox"/> WalkAway <input type="checkbox"/> Phoenix <input type="checkbox"/> MALDI / Vitek MS <input type="checkbox"/> Inna (podaj jaka)
<b>CEL BADANIA REFERENCYJNEGO</b>		
Potwierdzenie mechanizmu oporności na karbapenemy                      MBL <input type="checkbox"/> KPC <input type="checkbox"/> OXA-48 <input type="checkbox"/>		
Potwierdzenie mechanizmu oporności na glikopeptydy <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> inny _____ nazwa innego mechanizmu oporności do potwierdzenia		
Oznaczenie lekowrażliwości na antybiotyki (zaznacz właściwe):		
<input type="checkbox"/> kolistyna <input type="checkbox"/> wankomycyna <input type="checkbox"/> teikoplanina <input type="checkbox"/> linezolid		
<input type="checkbox"/> inne (proszę wymienić) _____		
uwagi / program		

KOD próbki (wypełnia KORLD)

**INNE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE IZOLATU**

Wyniki oznaczania lekowrażliwości, wykryte mechanizmy oporności, test komercyjny (nazwa, producent, wynik)

Czy szczep wykryto również w innych próbkach pacjenta?  
Jeśli tak to w jakich?

TAK

NIE

**INNE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA**

rozpoznanie kliniczne

zgon z powodu zakażenia

data wystąpienia objawów zakażenia \_\_\_\_\_

TAK

NIE

hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy:  
TAK  NIE  Brak informacji   
nazwa , adres szpitala, oddział

pobyt w ZOL w ciągu ostatnich 6 miesięcy:  
TAK  NIE  Brak informacji   
nazwa, adres ZOL, oddział

data hospitalizacji \_\_\_\_\_

data pobytu \_\_\_\_\_

pacjent przeniesiony z innego szpitala  
TAK  NIE  Brak informacji   
nazwa , adres szpitala, oddział

pobyt za granicą w ciągu ostatnich 12 miesięcy  
TAK  NIE  Brak informacji   
kontakt z placówką ochrony zdrowia za granicą  
TAK  szpital   
NIE  ZOL   
Brak  ambulatorium   
informacji

data hospitalizacji \_\_\_\_\_

państwo

data pobytu

wcześniejsza kolonizacja/zakażenie pałeczką jelitową z karbapenemazą :

TAK

NIE

szczep z kolonizacji/zakażenia potwierdzony w KORLD

TAK

NIE

nazwa , adres ośrodka w którym stwierdzono kolonizację/zakażenie

data wykrycia

leczenie antybiotykami w ciągu ostatnich 6 miesięcy (nazwa, dawka, czas)

**UWAGA** W przypadku pytań i wątpliwości dotyczących badań referencyjnych, prosimy o kontakt z KORLD

Informacji udzielają dr Elżbieta Literacka oraz dr Dorota Żabicka

**WYPEŁNIA KORLD**

Data i godzina dostarczenia próbki do KORLD

Przegląd zlecenia i jakości próbki

Próbkę przyjął i ocenił