



NARODOWY INSTYTUT LEKÓW



Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów (KORLD)

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

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

<http://www.korld.edu.pl>
Tel.: (+48-22) 841-46-70
Tel.: (+48-22) 841-46-70
korld@nil.gov.pl

ZLECENIE BADANIA REFERENCYJNEGO

KOD próbki (wypełnia KORLD)		
DANE LABORATORIUM PRZESYŁAJĄCEGO IZOLATU		
Nazwa, adres, telefon, fax ośrodka, e-mail		Pieczętka i podpis kierownika laboratorium
		<i>data</i>
		Izolat do wysyłki przygotował
		<i>podpis</i>
DANE PACJENTA		
Inicjały (imię, nazwisko):	PESEL lub data urodzenia/ wiek:	Płeć (zakreśl właściwe)
		K M
MIEJSCE POBYTU PACJENTA		
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
DANE DOTYCZĄCE IZOLATU		
Numer oryginalny IZOLATU	Data wyhodowania IZOLATU	Rodzaj materiału klinicznego
Identyfikacja izolatu (nazwa gatunkowa)		
badanie diagnostyczne <input type="checkbox"/>		Próbka pobrana w czasie
badanie przesiewowe <input type="checkbox"/>		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)		
CEL BADANIA REFERENCYJNEGO		
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?

TAK

NIE

Jeśli tak to w jakich?

INNE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA

rozpoznanie kliniczne

zgon z powodu zakażenia

TAK
NIE

data wystąpienia objawów zakażenia _____

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

państwo

data pobytu

data hospitalizacji _____

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