



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

(wypełnia KORLD): KOD przesyłki: P -		KOD próbki :	
DANE LABORATORIUM PRZESYŁAJĄCEGO IZOLATU			
Nazwa, adres, telefon, fax ośrodka, e-mail		Pieczęćka 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			
Wykrywanie mechanizmu oporności na karbapenemy		MBL <input type="checkbox"/>	KPC <input type="checkbox"/>
		OXA-48 <input type="checkbox"/>	
Wykrywanie 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"/> inne (proszę wymienić) _____		<input type="checkbox"/> teikoplanina	
		<input type="checkbox"/> linezolid	
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