



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 :
<b>DANE LABORATORIUM PRZESYŁAJĄCEGO IZOLATU</b>		
Nazwa, adres, telefon, fax ośrodka, e-mail	Pieczętka i podpis kierownika laboratorium	
pieczętka z danymi ośrodka + dodatkowe dane	wypełnienie wymagane do przyjęcia izolatu data	
	Izolāt do wysyłki przygotował wypełnienie wymagane do przyjęcia izolatu podpis	
<b>DANE PACJENTA</b>		
Inicjały (imię, nazwisko): <b>Jan Kowalski lub J. K. (inicjały w kolejności imię i nazwisko)</b>	PESEL lub data urodzenia/ wiek: <b>preferowany PESEL</b>	Płeć (zakreśl właściwe) <b>K            M</b>
<b>MIEJSCE POBYTU PACJENTA</b>		
ambulatorium <input type="checkbox"/> ZOL, DPS <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/>	data przyjęcia <b>data np.10.02.2020</b> do szpitala/ZOL/DPS	
Nazwa , adres ośrodka (szpital, ambulatorium, ZOL) <b>pieczętka z danymi ośrodka lub wpisana nazwa i adresem</b>	Oddział <b>nazwa oddziału szpitalnego, na którym przebywa pacjent</b>	
<b>DANE DOTYCZĄCE IZOLATU</b>		
Numer oryginalny IZOLATU <b>nr nadany w laboratorium wysyłającym próbkę</b>	Data wyhodowania IZOLATU <b>data np. 10.02.2020</b>	Rodzaj materiału klinicznego <b>materiał, z którego wyhodowano izolat np. krew</b>
Identyfikacja izolatu (nazwa gatunkowa)	<b>nazwa gatunkowa np. Escherichia coli</b>	
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>		
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"/>	<b>wskazać właściwe</b>	
<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) _____	<b>wskazać właściwe</b>	
uwagi / program		

KOD próbki (wypełnia KORLD)

**INNE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE IZOLATU**

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

**Test Rapidec Carba-NP dodatni (bioMerieux)**

**Testy fenotypowe MBL-dodatni**

**MIC kolistyny 4 mg/L (Liofilchem)**

Czy szczep wykryto również w innych próbkach pacjenta?

TAK

NIE

Jeśli tak to w jakich?

**mocz, wymaz z odbytu**

**INNE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA**

rozpoznanie kliniczne

**urosepsa**

zgon z powodu zakażenia

TAK

NIE

data wystąpienia objawów zakażenia

**np. 14.02.2020**

hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy:

TAK  NIE  Brak informacji

nazwa , adres szpitala, oddział

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

pobyt w ZOL w ciągu ostatnich 6 miesięcy:

TAK  NIE  Brak informacji

nazwa, adres ZOL, oddział

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

pacjent przeniesiony z innego szpitala

TAK  NIE  Brak informacji

nazwa , adres szpitala, oddział

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

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

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)

**nie leczony**

*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