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

(wypełnia KORLD): ☐ PT ☐ PP ☐ agarek	KOD przesyłki: P -	KOD próbki:

1. DANE LABORATORIUM PRZESYŁAJĄCEGO IZOLAT

Nazwa, adres, telefon, fax ośrodka, **e-mail**	Pieczątka i podpis kierownika laboratorium
	data
	Izolat do wysyłki przygotował
	podpis

2. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	PESEL *(lub datę urodzenia)*	Płeć
		☐ K ☐ M

3. MIEJSCE POBYTU PACJENTA

☐ szpital ☐ ZOL, DPS ☐ ambulatorium	Data przyjęcia do szpitala/ZOL/DPS
Nazwa, adres ośrodka (*szpital, ZOL, ambulatorium*)	Oddział

4. DANE DOTYCZĄCE IZOLATU

Numer oryginalny izolatu	Data wyhodowania izolatu	Rodzaj materiału klinicznego

Identyfikacja izolatu (*nazwa gatunku*)		
	Próbka pobrana w czasie	Metoda identyfikacji
☐ badanie diagnostyczne ☐ badanie przesiewowe	☐ do 48 godz. hospitalizacji ☐ po 48 godz. hospitalizacji	☐ MALDI ☐ Inna *(podaj jaka)* _____

5. CEL BADANIA REFERENCYJNEGO I WYNIKI OZNACZEŃ LABORATORIUM ZLECAJĄCEGO

Oznaczanie mechanizmu oporności

	Wykryty mechanizm oporności
☐ Wykrywanie mechanizmu oporności na karbapenemy	
☐ Wykrywanie mechanizmu oporności na glikopeptydy	Metoda oznaczania mechanizmów oporności
☐ Inny *(podaj jaki)* _____	

Oznaczenie lekowrażliwości na antybiotyki

	Wyniki oznaczania lekowrażliwości
☐ kolistyna	
☐ wankomycyna	
☐ teikoplanina	Metoda oznaczania lekowrażliwości
☐ linezolid	
☐ inne *(proszę wymienić)* _____	

6. INNE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA

Rozpoznanie kliniczne	Zgon z powodu zakażenia
data wystąpienia objawów zakażenia _____	☐ TAK ☐ NIE

Hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy	Pobyt w ZOL w ciągu ostatnich 6 miesięcy
☐ TAK ☐ NIE ☐ Brak informacji *nazwa, adres szpitala, oddział* *data hospitalizacji* _____	☐ TAK ☐ NIE ☐ Brak informacji *nazwa, adres ZOL, oddział* *data pobytu* _____

Pacjent przeniesiony z innego szpitala	Pobyt za granicą w ciągu ostatnich 12 miesięcy
☐ TAK ☐ NIE ☐ Brak informacji *nazwa, adres szpitala, oddział* *data hospitalizacji* _____	☐ TAK ☐ NIE ☐ Brak informacji *kontakt z placówką ochrony zdrowia za granicą* ☐ TAK ☐ szpital ☐ NIE ☐ ZOL ☐ brak informacji ☐ ambulatorium *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 _____

7. DODATKOWE INFORMACJE I UWAGI

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

Informacji udzielają dr Dorota Żabicka oraz mgr Ewa Gabińska

WYPEŁNIA KORLD

Data i godzina dostarczenia próbki do KORLD	*Przegląd zlecenia*	*Przegląd jakości próbki*	*Próbkę przyjął i ocenił*