****Státní zdravotní ústav  
Centrum epidemiologie a mikrobiologie, Národní referenční laboratoř pro streptokové nákazyŠrobárova 49/48, 100 00 Praha 10, budova 2, 2. patro, dveře č.30, tel.: 267 082 260; e-mail: [jana.kozakova@szu.cz](mailto:jana.kozakova@szu.cz)

**Žádanka o vyšetření v NRL pro streptokokové nákazy**

Prosím přiložte kopii originálu žádanky

**Poskytovatel zdravotních služeb (zadavatel)**

|  |  |
| --- | --- |
| Zdravotnické zařízení, adresa | |
| Mikrobiolog | |
| Kontakt – email/telefon | IČP |

**Objednatel**

|  |
| --- |
| Zdravotnické zařízení, adresa |
| IČP |
| Ošetřující lékař |
| Kontakt – email, telefon |

**Pacient**

Datum hospitalizace:

Klinická prezentace:

Výsledek onemocnění - pacient přežil? Ano – Ne

Byl izolován další závažný patogen?

Rizikové faktory, souvislost s jiným onemocněním (zaměstnání, cestování, nemocniční nákaza, překlad z jiné nemocnice, jiné onemocnění)

V případě zasílání vzorku *S. pneumoniae* – je pacient očkován proti *S. pneumoniae*? Ano – Ne

- Pokud ano, napiště prosím název očkovací látky, počet dávek, datum vakcinace

Syndrom toxického šoku (u *S.pyogenes*)? Ano – Ne

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení pacienta | |
| Rodné číslo | Pojišťovna |
| Adresa místa pobytu v ČR | |

**Vzorek**

|  |  |
| --- | --- |
| Číslo vzorku zadavatele | Kód diagnózy |
| Druh materiálu | |
| Datum a hodina odběru materiálu | Datum odeslání |

**Požadovaný druh vyšetření – zasílané agens: Razítko a podpis zadavatele**

|  |  |
| --- | --- |
| *Streptococcus agalactiae* |  |
| *Streptococcus pneumoniae* |  |
| *Streptococcus pyogenes* |  |
| Jiný streptokok ……………………. |  |
| *Enterococcus* …………….............. |  |
| Ostatní: |  |

Děkujeme Vám za spolupráci. Verze 29.07.2025