

## NAKKUSHAIGUSTE MIKROBIOLOOGILISED UURINGUD

Uuringu triipkood (täidab  
Terviseameti rahvatervise  
labori nakkushaiguste labor)

PATSIENDI ANDMED			
Ees- ja perekonnanimi:			
Isikukood:		Sünniaeg:	
Kliiniline info (pole täitmiseks kohustuslik):		Sugu:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N
TELLIJA ANDMED			
Asutus/osakond:			
Arsti/tellijä ees- ja perekonnanimi:			
Arstikood:			
Kontakt (tel, e-mail):			
Proovivõtu kuupäev:		Kellaeg:	
Laborisisene uuringukood			
Uuringumaterjal:			
Muu materjal:			
Eesmärk:			
Muu:			
UURITAVAD NÄITAJAD			
<input type="checkbox"/> <i>Campylobacter</i> sp.			
<input type="checkbox"/> <i>Clostridium difficile</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Corynebacterium diphtheriae</i>			
<input type="checkbox"/> Diarröad põhjustav <i>Escherichia coli</i> (sh O157)			
<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> sp.			
<input type="checkbox"/> <i>Shigella</i> sp.			
<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Vibrio</i> sp.			
<input type="checkbox"/> <i>Yersinia</i> sp.			
<input type="checkbox"/> Tundmatu kultuur			
<input type="checkbox"/> Muu külv*			

\* täiendavad näitajad konsulteerida eelnevalt laboriga

TÄIDAB TERVISEAMETI RAHVATERVISE LABORI NAKKUSHAIGUSTE LABOR	
Vastus:	
Vastuse kinnitaja:	Kuupäev: