



DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO Direttore Dott. G. NATALE
U.O.a. MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA
MICROBIOLOGIA Responsabile D.ssa R.MILANO (tel.39.36)

COGNOME NOME

DATA NASCITA |_|_|_|_|_|_| REPARTO..... OAS OBV OMV

NOTIZIE CLINICHE DATA RICOVERO |_|_|_|_|_|_| DIAGNOSI (presunta o accertata).....

PZ. IMMUNODEPRESSO NO SI

IPERTERMIA NO SI Se si, ipertermia nei 10 giorni precedenti il prelievo? NO SI

TERAPIA ANTIBIOTICA NO SI

PZ. PORTATORE DI Catetere vescicale Cannula tracheostomica Drenaggio tipo..... CVP CVC Port/Groshong Altro

EMOCOLTURA

1° SET ora	<input type="checkbox"/> AEROBIO		
	<input type="checkbox"/> ANAEROBIO		
2° SET ora	<input type="checkbox"/> AEROBIO		
	<input type="checkbox"/> ANAEROBIO		
3° SET ora	<input type="checkbox"/> AEROBIO		
	<input type="checkbox"/> ANAEROBIO		

NOTE

.....

Data..... Medico Richiedente Tel.....

N. B. : LA COMPILAZIONE COMPLETA DEI CAMPI "NOTIZIE CLINICHE" E' INDISPENSABILE PER UNA BUONA GESTIONE DEL CAMPIONE DA PARTE DEL LABORATORIO RICEVENTE