

Incollare qui l'etichetta del paziente!

Data e ora del prelievo:

Mese 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 Giorno 10 20 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Ora 10 20 00 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Minuti 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Segnare
le caselle
solo con
la matita

SERVIZIO DI MICROBIOLOGIA EOLAB
Via Mirasole 22a, 6500 Bellinzona
Tel. 091 811 17 45 - Fax 091 811 17 19
www.eoc.ch/microbiologia

GCL	OSG	OBV	ODL	ITA	FAI	ACO	CRN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100	200	300	400	500	600	700	800	900
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

196 MICOBATTERIOLOGIA

MICOBATTERIOLOGIA	Osservazioni / Informazioni cliniche
<input type="checkbox"/> Analisi urgente (pf Avisare 091 811 17 45)	

<input type="checkbox"/> Caso conosciuto MTBC <input type="checkbox"/> Caso conosciuto MOTT <input type="checkbox"/> Caso sospetto MTBC <input type="checkbox"/> Caso sospetto MOTT <input type="checkbox"/> Caso sospetto Ceppo Resistente <input type="checkbox"/> Screening contatto <input type="checkbox"/> Altro _____	COLTURA	BIOLOGIA MOLECOLARE			SIEROLOGIA	
	Microscopia e coltura	PCR Micobatteri MTB Complesso tubercolare	PCR Micobatteri atipici MOTT (se caso conosciuto MOTT)	Resistenza molecolare (se microscopia/coltura positiva)	Quantiferon (Test interferone Gamma)	T Spot (Test interferone Gamma)
	TBC	PCRTb	PCRmo	rpoB/inhA	quanti	tspot
Espettorato I 1) espT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Espettorato II 1) espT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Espettorato III 1) espT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Espettorato indotto 1) esiT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aspirato bronchiale 1) asbT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lavaggio bronchiale 1) labT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sangue eparinizzato saEP	<input type="checkbox"/>					
Sangue T-Spot 2) saEP						<input type="checkbox"/>
Sangue Quantiferon 3) sanT					<input type="checkbox"/>	
Puntato _____ 1) ptoT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Midollo 1) midT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Biopsia _____ 1) bioT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Liquor 1) lcrT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Succo gastrico 4) sugT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Urina 1) uriT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Striscio _____ strT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Feci native 1) fecT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altro _____ 5) altT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Preanalitica
 1) In flacone sterile da 15-20 ml
 2) 3 Vacutainer Lito-Eparina (senza gel) da 6 ml
 3) 3 provette Quantiferon con **1 ml sangue**
 Queste provette sono da richiedere in laboratorio
 4) Solo per bambini con meno di 12 anni
 5) Descrivere nella casella osservazioni

Timbro reparto/medico	Tel. per risultato _____	Fax per risultato _____
	Medico: (firma) _____	Copia a: _____