

Incollare qui l'etichetta del paziente!

Data e ora del prelievo:

Mese 123456789101112
 Giorno 102030123456789
 Ora 102000123456789
 Minuti 0510152025303540455055

Segnare
le caselle
solo con
la matita

SERVIZIO DI MICROBIOLOGIA EOLAB
Via Mirasole 22a, 6500 Bellinzona
Tel. 091 811 17 11 - Fax 091 811 17 19
www.eoc.ch/microbiologia

No. telefonici reparti:

Ricezione materiale 091 811 17 91
Emocolture 091 811 17 89
Respiratorio e ginecologia 091 811 17 90
Micologia 091 811 17 84

Urgenze fuori orario 091 811 17 11

Varia 091 811 17 92
Urine 091 811 17 93
Coprologia 091 811 17 94

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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>

Informazioni cliniche / Diagnosi / Osservazioni

Trattamento antibiotico: previsto _____
 in atto _____

Fibrosi cistica Gravidenza Immunosoppressione Viaggio all'estero (Paese) _____

190 BATTERIOLOGIA - MICOLOGIA - PARASSITOLOGIA

BIOPSIE LIQUIDI STERILI	Liquor	Puntato pleurico	Puntato artic. dx	Puntato artic. sx	Puntato	Liquido	Puntato pericardico	Puntato biliare (bile)	Puntato duodenale	Liquido amniotico	Dializzato	Ascite	Mat. da somicare	Succo gastrico 1)	Linfonodo	Ossso	Biopsia	Biopsia gastrica 4)	Altro
	Batteriologia generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi (lieviti e muffe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR eubatterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR eubatterica se coltura negativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attinomiceti anaerobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helicobacter pylori (coltura e antibiogramma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryptococcus neoformans Antigeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attinomiceti aerobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giardia lamblia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STRISCI FERITE CATETERI	Ferita superficiale (aerobi)	Ferita profonda (aerobi e anaerobi)	Striscio intraop. (aerobi e anaerobi)	Pus	Altro	Catetere			
						Cvc	Port-a-cath	Drenaggio	Altro
Batteriologia generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi (lieviti e muffe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attinomiceti anaerobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attinomiceti aerobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR eubatterica se coltura negativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SANGUE / MIDOLLO	Emocolture (solo x medici privati) *	Sangue eparinizzato	Midollo eparinizzato
Funghi (lieviti e muffe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR eubatterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* periferico, se altro specificare _____

RESPIRATORIO ORL / Oftalmologia	Espettorato (esp)	Espettorato indotto (esin)	Aspirato bronchiale (asbr)	Lavaq. bronchiale (BAL) *	Striscio gola	Striscio orecchio dx	Striscio orecchio sx	Striscio occhio dx	Striscio occhio sx	Scraping corneale	Lente	Striscio lingua	Striscio bocca	Striscio naso
	Batteriologia generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi (lieviti e muffe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocystis jirovecii (BAL>asbr>esin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attinomiceti aerobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legionella (coltura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi dimorfi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flora di Plaut Vincent (microscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acanthamoeba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corynebacterium diphtheriae (+ tossina se pos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Per pazienti complessi/immunodepressi vedere anche formulario 193 (virologia)

N.B: PER LA RICERCA DI MICOBATTERI USARE FORMULARIO 196 (micobatteriologia)

Timbro reparto/medico

Tel. urgente _____ Fax _____

Medico: (firma) _____ Copia a Dr. _____

191

TRATTO URINARIO	Urina 3)						Uricult			
	Getto medio	Primo getto *	Catetere monouso	Catetere a dimora	Da punzione vescicale	Urina da	Getto medio	Primo getto	Catetere monouso	Catetere a dimora
Batteriologia generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi (lieviti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mycoplasma/Ureaplasma		<input type="checkbox"/>								
Leptospira (PCR)		<input type="checkbox"/>								
Schistosoma haematobium (50 ml dopo sforzo) prelievo fra le 9.00 e le 15.00		<input type="checkbox"/>								

* batteriologia generale - in parallelo con il getto medio solo per uomo

TRATTO GENITALE / ANALE	Vaginale	Cervicale	Uretrale	Vulvare	Vaginale + anale	Striscio da pus di spirale	Anale	Striscio prepuzio	Sperma	Altro
Batteriologia generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi (lieviti e muffe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Strepto B (solo x gravidanza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Mycoplasma/Ureaplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Gonococchi (coltura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attinomiceti anaerobi						<input type="checkbox"/>				
PCR Gonococchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR Chlamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRATTO GASTRO-INTESTINALE	Feci (CB)	Feci native	Striscio anale
Batteriologia generale 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi (lieviti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Adenovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Salmonella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Campylobacter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrio cholerae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yersinia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cl.difficile (coltura+tossina)		<input type="checkbox"/>	
Helicobacter pylori Antigene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR per E.coli patogeno		<input type="checkbox"/>	
E.coli enteroemorragico EHEC		<input type="checkbox"/>	
E.coli enterotossigenico ETEC		<input type="checkbox"/>	
E.coli enteroinvasivo EIEC		<input type="checkbox"/>	
E.coli enteroaggregativo EAEC		<input type="checkbox"/>	
E.coli enteropatogeno EPEC		<input type="checkbox"/>	

DERMATOLOGIA	Squame	Capelli	Peli	Unghia	Altro
Dermatofiti e altri funghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARASSITI INTESTINALI	Feci (SAF)	Feci native	Scotch trasparente (Scotch-test)	NaCl
Parassiti (Elminti e protozoi)	<input type="checkbox"/>			
Cryptosporidium / Cyclospora	<input type="checkbox"/>			
Microsporidia	<input type="checkbox"/>			
Strongyloides (larve) 6)		<input type="checkbox"/>		
Identificazione parassita / proglottidi				<input type="checkbox"/>
PCR per Ent.histolytica / dispar		<input type="checkbox"/>		
Ossiuri (Enterobius vermicularis)			<input type="checkbox"/>	

ALTRO	Ceppo batterico	Ceppo fungino	Materiale
Sensibilità antibiotico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concentrazione minima inibitrice (metodo commerciale) antibiotico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antimicogramma		<input type="checkbox"/>	
Ricerca germe unico _____			<input type="checkbox"/>
Ric. resistenza particolare (PCR) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conferma resistenza particolare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identificazione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Osservazioni:

- 1) Batteriologia generale solo per neonati
- 2) Soggiorno o dimora in zone endemiche
- 3) Arrivo entro 2h o utilizzo provetta con conservante
- 4) Provetta Portagerm pylori richiedere a reparto Varia
- 5) Ricerca Salmonella, Shigella, Campylobacter, Aeromonas + Rotavirus e Adenovirus (bambini <4 anni)
- 6) Arrivo in laboratorio entro le 15.00, feci fresche, previa telefonata