

**Incollare qui l'etichetta del paziente!**

Segnare  
le caselle  
solo con  
la matita

SERVIZIO DI MICROBIOLOGIA EOLAB  
Via Mirasole 22a, 6500 Bellinzona  
Tel. 091 811 17 89 - Fax 091 811 17 19  
www.eoc.ch/microbiologia

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

**192 EMOCOLTURE**

INFORMAZIONI CLINICHE / DIAGNOSI

---



---



---



---

Tattamento antibiotico:  previsto \_\_\_\_\_  
 in atto \_\_\_\_\_  
 Immunosoppressione:  Sospetta endocardite

**Etichette Coppia bottiglie 1**

lasciare libero x etichette

**Etichette Coppia bottiglie 2**

lasciare libero x etichette

**Batteriologia generale**

Funghi (lieviti e muffe) \*

Brucella

	sangue						altro mat. in bott. emo			
	Periferico	Canula venosa periferica	Arterioso	CVC	Catetere di dialisi	Port-à-cath	Altro	Cellule staminali	Puntato	Altro
<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"/>	<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"/>
Ora e data: _____ Coppia 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRE	
Ora e data: _____ Coppia 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POST	

\* Indicazioni: Pazienti in medicina intensiva con CVC, alimentazione parenterale, antibiotici a largo spettro, insufficienza renale acuta grave, recente chirurgia addominale/perforazione intestinale.  
 Pazienti immunocompromessi, malattie ematologiche maligne, sotto chemioterapia, riceventi di trapianto organo solido o cellule staminali

Timbro reparto/medico

Tel. urgente \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Medico: (firma)

Copia a Dr. \_\_\_\_\_