

LABOR SRO AG, St. Urbanstrasse 67, 4901 Langenthal
Tel. 062 916 34 49, Fax 062 916 34 58, labor@sro.ch

Entnahmedatum und -Zeit																
Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	<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"/>	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	<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"/>
Monat	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez				
	<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"/>				
Stunden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	<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"/>				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0				
	<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"/>				
Minuten	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	00				
	<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"/>				

Patientenetikett

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: ___/___/___ M F
 Strasse: _____ Nr: _____
 PLZ/Ort: _____/_____
 KK: _____ Vers._Nr.: _____
 Fall-Nr.: _____ Amb. Stationär

Nachverordnung aus NLAB-Nr.: _____

Tel. Bericht FAX **Notfall** **infektiös**
 Kopie an: Arzt/ Sucher:
 Station/ Zimmer neu: Vis.Abt.:
 Schwangerschaftswoche:
 venös kapillär arteriell aus ZVK aus Portacath

Klinische Angaben / Fragestellung

Antibiotikatherapie bei Entnahme:

Untersuchungsmaterial

<p>Abstriche</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Axilla <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Ohren <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Nasen-Rachenabstrich (MRSA) <input type="checkbox"/> Ureter <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Wunde tief Lokalisation: <input type="checkbox"/> Wunde oberflächlich Lokalisation: <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Rektalabstrich 	<p>Flüssigkeiten / Punktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Blutkultur peripher (aerob+anaerob) <input type="checkbox"/> Blutkultur ZVK (aerob+anaerob) <input type="checkbox"/> Biopsie Lokalisation: <input type="checkbox"/> Eiter Lokalisation: <input type="checkbox"/> Gelenkspunktat Lokalisation: <input type="checkbox"/> Katheterspitze Lokalisation: <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Andere Lokalisation: <p>Atemwege</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bronchioalveoläre Lavage <input type="checkbox"/> Sputum (keine TBC) <input type="checkbox"/> Trachealsekret 	<p>Urin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Katheterurin <input type="checkbox"/> Blasenpunktionsurin <p>Stuhl</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> flüssig <p>Andere</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nagel <input type="checkbox"/> Hautschuppen <input type="checkbox"/> Li-Heparin-Blut <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Andere Lokalisation:
--	--	---

Untersuchungsauftrag

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allgemeine Bakteriologie <input type="checkbox"/> Methicillinresistenter S. aureus (MRSA) <input type="checkbox"/> ESBL produzierende Keime <input type="checkbox"/> Eintrittsscreening (MRSA und ESBL) <input type="checkbox"/> Hefepilze <input type="checkbox"/> Schimmelpilze <input type="checkbox"/> Pilznachweis (Mikroskopisch, Calcofluormethode) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respiratory Multiplex PCR (eSwab-Abstrich im Labor erhältlich) <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Multiplex PCR (nur aus flüssigem Stuhl!) <input type="checkbox"/> Streptokokken Gruppe B PCR (nur Geburtshilfe/Frauenklinik) <input type="checkbox"/> Allg. Stuhl bakteriologie (Salmonellen, Shigellen, Campylobacter) <input type="checkbox"/> Yersinien (nur im Stuhl) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis/ Neisseria gonorrhoeae PCR <input type="checkbox"/> Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) |
|---|---|

Antigennachweis

- StreptoA Schnelltest (Rachenabstrich)
- Legionella
- Noroviren
- Clostridium difficile (Toxinnachweis)

Infektionsserologie

- Anti-HIV 1/2 (4.-Generationstest)
- Anti-HBs (Impfkontrolle)

Diverses

- Okkultes Blut im Stuhl
- APT-Test (Nachweis von fetalem Hb)
- Leukozyten im Stuhl

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Li-Hep.-Monovette <input type="checkbox"/> Serum-Monovette <input type="checkbox"/> Stuhlrohrchen ohne Zusatz <input type="checkbox"/> Urin-Monovette ohne Zusatz | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abstrichtupfer in Transportmedium <input type="checkbox"/> Spez. Abstrichtupfer (Labor) <input type="checkbox"/> FAN BactAlert Blutkulturflaschen <input type="checkbox"/> Urin-Monovette mit Borsäure | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liquorröhrchen mit Spitzboden <input type="checkbox"/> Steriler Becher (100 ml) |
|---|--|---|



LAB-B-V.3.5-24.01.2020

LAB-Form-002