


|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>LABORATORIO ANALISI E MICROBIOLOGIA ASL AL</b><br><br><b>Mod. PSA MIC 01/7</b><br><b>RICHIESTA INDAGINI MICROBIOLOGICHE</b><br><b>SU MATERIALI VARI</b> | data di emissione:<br>25/02/2012<br>revisione n° 0<br><br>pagina 1 di 1 |
|---|--|---|

Cognome ..... Nome ..... Sesso M  F   
 Data di nascita ..... Cittadinanza.....Residenza.....  
 Regione ..... ASL .....  
 Esterno  Ambulatorio ..... Medico richiedente ..... Telefono .....  
 Ricoverato Ospedale ..... Reparto ..... Medico richiedente ..... Telefono .....  
 Data ricovero ..... Data insorgenza sintomi .....  
 Diagnosi presuntiva:.....  
 Ospedalizzazione precedente  No  Si Provenienza altro Ospedale: ..... Periodo: .....  
**Terapia**  No  Si Farmaci utilizzati .....

**MATERIALE:**

- SANGUE :  EMOCOLTURA DA CATETERE VENOSO CENTRALE  EMOCOLTURA DA PERIFERICO
- PUNTA DI CATETERE .....
- Primo prelievo: data ..... ore ..... Secondo prelievo: data ..... ore
- Terzo prelievo: data ..... ore .....
- URINA:  MITTO INTERMEDIO  CATETERE  FECI  T. RETTALE
- LIQUOR  LIQUIDI CAVITARI .....  LIQUIDI DI DRENAGGIO.....
- MATERIALE DA FERITA CHIRURGICA  MATERIALE DA ULCERA  T. CUTANEO
- T. FARINGEO  T. NARICE:  DX  SX  T. OCULARE:  DX  SX
- T. AURICOLARE:  DX  SX
- T. URETRALE  T. VAGINALE  T. VULVARE  T. ENDOCERVICALE
- T. VAGINO-RETTALE  L. SEMINALE  ALT RO.....

**RICERCA MIRATA**

- FECI**  *Clostridium difficile*:  Antigene  Tossine  Rotavirus  Adenovirus
- Salmonella, Shigella spp e Campylobacter spp*  *Campylobacter spp.*  *Yersinia spp.*
- Rilevazione qualitativa ceppi E. coli enteropatogeni*  Altro .....  *Parassiti*
- TAMPONE VAGINO-RETTALE**  *S. agalactiae*  **TAMPONE VAGINALE :**  *Germi comuni +Gardnerella*  *Trichomonas vag.*  *Candida/Miceti*
- TAMPONE ENDOCERVICALE:**  *Micoplasma hominis e Urealyticum*  *N. gonorrhoeae*  *Chlamydia trachomatis*  **TAMPONE URETRALE:**  *Candida/Miceti*  *Germi comuni*  *Chlamydia trach.*  *Trichomonas vag.*  *N. gonorrhoeae*
- ALT RO**.....

**Sintomatologia clinica Infezioni urinarie:**  Febbre  Disuria  Pollachiuria  Dolori lombari

**Sintomatologia uretro-cervico-vagino-rettale:**

- Prurito:  interno  esterno
- Bruciore  Leucorrea:  scarsa  abbondante  bianca  colorata  maleodorante  densa  fluida
- Perdite ematiche intermestruali  Dolori pelvici  Infertilità
- Uso contraccettivi:  No  Si Tipo: ..... Data ultima Mestruazione: .....
- Gravidanza:  No  Si Settimana gestazionale: .... Menopausa:  No  Si  Terapia Ormonale Sostitutiva

**Quadro settico in associazione:**  Urina  Emocoltura

Altro .....

**NB. La scheda deve essere compilata e firmata dal medico richiedente ed inviata assieme al campione**

Data: ..... Firma leggibile e timbro del Medico richiedente: .....