

ZGŁOSZENIE do KOROUN (1/2)

Inwazyjne zakażenia bakteryjne nabyte poza szpitalem

Neisseria meningitidis, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*,
Streptococcus pyogenes, *Streptococcus agalactiae*, *Listeria monocytogenes*,
*Escherichia coli**, *Staphylococcus aureus***

Wypełnione zgłoszenie wraz ze szczepem lub materiałem klinicznym prosimy przesłać na adres: Narodowy Instytut Leków, Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, 00-725 Warszawa, Chełmska 30/34. Informacji udzielają: mgr Izabela Waško, mgr Agnieszka Gołębiowska, mgr Patrycja Ronkiewicz, mgr Marlena Markowska, dr Alicja Kuch, dr hab. Anna Skoczyńska, tel: 0-22 841-12-33; fax: 0-22 841-00-65, email: koroun@cls.edu.pl; www.koroun.edu.pl

DANE OŚRODKA ZLECAJĄCEGO BADANIE

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <u>Nazwa, adres, tel., fax ośrodka /pieczęć/</u> | <u>Lekarz prowadzący/zlecający /pieczęć/</u> | <u>Data / podpis lekarza:</u> |
| | tel. kontaktowy: | |

DANE PACJENTA

| | | |
|---|---|--|
| Imię i nazwisko PESEL | Data urodzenia/wiek: Płeć: K M | Szczepienia/kiedy?/ile dawek? N. men: tak nie nie wiem..... Hib: tak nie nie wiem..... S. pne: tak nie nie wiem..... |
| Miejsce zamieszkania (miejscowość): woj.:..... | Uczęszcza do (zakreślić): żłobka: tak nie przedszkola: tak nie | Rodzeństwo (liczba): Wiek w latach/miesiącach: Zakażenia OUN w rodzinie: |
| Numer historii choroby: | Data wystąpienia objawów: | Data przyjęcia do szpitala: |
| Diagnoza (proszę zaznaczyć) <input type="checkbox"/> Zap. opon mózg-rdzeniowych <input type="checkbox"/> Bakteriemia <input type="checkbox"/> Posocznica <input type="checkbox"/> Inne (jakie?)..... | Objawy: Oponowe: tak nie Wysypka (gdzie?):..... Inne (jakie?):..... | Efekt leczenia (proszę zaznaczyć) <input type="checkbox"/> W trakcie leczenia <input type="checkbox"/> Wyleczenie <input type="checkbox"/> Powikłania <input type="checkbox"/> Zgon |
| Upośledzenie odporności pacjenta: | | |

ANTYBIOTYKOTERAPIA PACJENTA (leki, dawki)

| Antybiotyk | Dawkowanie | Okres leczenia |
|------------|------------|----------------|
| | | |

*Należy przysyłać wszystkie inwazyjne izolaty *E. coli* od noworodków; od dorosłych tylko z PMR.

** Należy przysyłać inwazyjne izolaty *S. aureus* również z zakażeń szpitalnych.

N. men – *N. meningitidis*, Hib – *H. influenzae* typu b; S. pne – *S. pneumoniae*, OUN – ośrodkowy układ nerwowy

ZGŁOSZENIE do KOROUN (2/2)
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

| DANE LABORATORIUM | | |
|---|---|-----------------------|
| <u>Osoba wypełniająca ankietę /pieczęć/</u> | <u>Nazwa, adres, tel., fax /pieczęć/:</u> | <u>Data i podpis:</u> |
| | | |

BADANIE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO (PMR)

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| Data pobrania PMR: | Wygląd płynu (proszę zaznaczyć) <input type="checkbox"/> Przezrzysty <input type="checkbox"/> Ropny (mętny) <input type="checkbox"/> Krwawy | Preparat bezpośredni (metoda Grama) Wynik: |
| Glukoza (mg/dl): | Białko (mg/dl): | Pleocytoza (ogółem): % kom. wielojądrzaste: % limfocyty % kom. jednojądrzaste |

CRP: **Prokalcytonina:**

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| Test lateksowy: tak nie Producent testu:..... Wynik:..... | Data izolacji: | Gatunek: Nr oryg. izolatu |
|---|--------------------------------|---|

BADANIE KRWI LUB INNEGO MATERIAŁU

| | | |
|---|--|---|
| Rodzaj materiału Krew: tak nie Inny (jaki?) | Data pobrania materiału: | Preparat bezpośredni (metoda Grama) Wynik: |
| Test lateksowy: tak nie Producent testu:..... Wynik:..... | Data izolacji: | Gatunek: Nr oryg. |

UWAGI: