

Diagnostik & Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

Bakteriologie, Mykologie, Parasitologie

Telefonische Befundauskunft: 0316/385-73701

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Familienname: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.-Datum (TTMMJJ): ____/____/____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d</p> <p>Krankenkasse: _____ SV-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Grav. / SSW: _____</p> <p><input type="checkbox"/> immunsupprimiert</p> | <p>Einsender*in mit Telefonnummer/Fax:</p> <p>_____</p> <p>Ggf. Adresse für Privatrechnung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Bitte Barcode freilassen!



Abnahmedatum (TTMMJJ): ____/____/____

Uhrzeit (HHMM): ____/____

Im niedergelassenen Bereich und im ambulanten Klinikbereich bitte immer Überweisungsschein mitsenden!

o: Diese Nachweise sind im niedergelassenen Bereich nicht über die Kasse verrechenbar!

Klinische Diagnose: _____ Fragestellung: _____

Antibiotikatherapie mit: _____ seit: _____

PROBENMATERIAL

| UROGENITALES MATERIAL | PRIMÄR STERILES MATERIAL | ABSTRICH | WUNDABSTRICH |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>HARN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn <input type="checkbox"/> Einmalkatheterharn <input type="checkbox"/> Dauerkatheterharn <input type="checkbox"/> Sackerlharn <input type="checkbox"/> Punktionsharn <input type="checkbox"/> Uricult (Mittelstrahlharn) <input type="checkbox"/> Uricult (Katheterharn) <p>ABSTRICH / EJAKULAT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vagina <input checked="" type="checkbox"/> Vagina (für GBS-Screening) <input type="checkbox"/> Cervix <input checked="" type="checkbox"/> Cervix (für GBS-Screening) <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Ejakulat | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blutkultur aerob <input type="checkbox"/> Blutkultur anaerob <input type="checkbox"/> Blutkultur Pilzflasche <input type="checkbox"/> Liquor (nativ) <input type="checkbox"/> Liquor (in BK-Flasche) <input type="checkbox"/> Punktat (nativ) <input type="checkbox"/> Punktat (in BK-Flasche) <input type="checkbox"/> Biopsie / Gewebe <input type="checkbox"/> Katheterspitze <p style="background-color: #e6e6ff; margin: 5px 0;">RESPIRATORISCHES MATERIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> induziertes Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> BAL | <p>HALS / NASE / OHR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Mundhöhle <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Nase (bei Sinusitis) <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhle <input type="checkbox"/> äußeres Ohr / Gehörgang <input type="checkbox"/> Ohr (bei V.a. Otitis media) <p>HAUT / SCHLEIMHAUT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> rektal | <p>OBERFLÄCHLICH</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ulcus / chronische Wunde <input type="checkbox"/> Decubitus <input type="checkbox"/> akute Verletzung <input type="checkbox"/> Brandwunde <input type="checkbox"/> Einstichstelle <input type="checkbox"/> Impetigo <input type="checkbox"/> Redon <input type="checkbox"/> Narbe / Wundheilungsstörung <p>TIEF / INVASIV</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> intraoperativ <input type="checkbox"/> Wunde (bei Gasbrand / nekrot. Fasziiitis) <input type="checkbox"/> Wunde <p style="background-color: #ffcc00; margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> STUHL</p> |

Lokalisation / Beschreibung: _____

NACHWEISVERFAHREN

KULTUR

- Kultur auf Bakterien
- Kultur auf Pilze
- Kultur auf Bakterien bei CF
- Kultur auf Mykobakterien (inkl. *M. tuberculosis*)
- Kultur auf *Helicobacter pylori* (spezielles Transportmedium!)
- Kultur auf genitale Mykoplasmen (*M. hominis*, *Ureaplasma* spp.) (spezielles Transportmedium!)

KULTURELLES SCREENING

- ESBL / MRGN
- MRSA
- VRE

STUHLDIAGNOSTIK

- bakterielle Durchfallerreger (PCR und ggf. Kultur)
Campylobacter coli / jejuni, Salmonella, Shigella, EIEC, STEC / EHEC
- bakterielle Durchfallerreger erweitert (PCR und ggf. Kultur)
zusätzlich: *Yersinia enterocolitica, Plesiomonas shigelloides, ETEC, Vibrio* spp.
- Kultur auf *Clostridioides difficile* (inkl. Toxin)
- Überwachungskultur (bei Intensivpatient*innen)
- Kultur auf Yersinien
- Kultur auf Listerien
- PCR auf *Clostridioides difficile* Toxin-Gen
- Helicobacter pylori*-Antigen

PARASITOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

SIEHE RÜCKSEITE!

Datum (TTMMJJ): ____/____/____

Unterschrift und Name (in Blockschrift) der*des anfordernden Ärztin*Arztes _____

Diagnostik & Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

PARASITOLOGIE MIKROSKOPISCHER & MAKROSKOPISCHER NACHWEIS (siehe auch Einsendeschein Molekulare Erregerdiagnostik)

Würmer

- Stuhl auf Würmer und Wurmeier (Helminthen, z.B. Bandwürmer)
- Harn auf Wurmeier (Schistosomen: Erreger der Bilharziose)
- Analabklatsch auf Oxyuren (Madenwurm)
- Zysteninhalt auf *Echinococcus granulosus* / Hundebandwurm
- abgegangene Würmer / Wurmanteile (Helminthen, z.B. Bandwürmer, Spulwürmer)

Durchfallerreger

- Stuhluntersuchung auf Amöben (z.B. *Entamoeba histolytica*)
- Harn
- Stuhluntersuchung auf andere Protozoen (z.B. *Giardia lamblia*)
- Objektträger (Präparat) von Genitalabstrich

Trichomonas vaginalis

Blutparasiten

- Blutausstrich oder dicker Tropfen auf Plasmodien (Malaria)
- Blutausstrich auf andere Blutparasiten (z.B. Mikrofilarien, afrikanische Trypanosomen, Leishmanien)

HINWEISE ZU PARASITOLOGIE-EINSENDUNGEN

ganze (abgegangene, entfernte) Parasiten(anteile), Ektoparasiten (Determination)

- z.B.: Bandwurmglieder, Spul- und Madenwürmer, Fliegenlarven, etc.
- ▶ in physiologische NaCl-Lösung oder 70%igen Alkohol einlegen
- ▶ im Harn- oder Stuhlgefäß gut verschlossen versenden oder rascher Transport ins Labor

Stuhl

- auf Wurmeier, Wurmlarven; Protozoenzysten (z.B.: Amöben, *Giardia lamblia*, etc.)
- ▶ es genügen kirschgroße Stuhlproben
- ▶ für Untersuchung auf vegetative Formen (Trophoziten) von Protozoen körperwarmen Stuhl möglichst rasch in das Labor bringen (~ max. 30 min)
- ▶ bitte die dafür vorgesehenen Einsendegefäße verwenden (Infektionsgefahr!)

Analabklatsch

- auf Oxyuren; Eier sind nur zu 5 % im Stuhl nachweisbar!
- ▶ Die Analregion morgens nach dem Aufstehen mit einem **durchsichtigen Klebeband** („Tixostreifen“) abtupfen und den Streifen (Klebeschicht) auf einen Objektträger kleben
- ▶ Objektträger beschriften und bruchsicher verschicken (Überkarton)

Harn

- auf Wurmeier (z.B.: Blasenbilharziose)
- ▶ **letzte** Portionen der Mittagsharne; Der*die Patient*in soll sich vor dem Urinieren möglichst viel bewegen („Stiegensteigen“).

Blutausstriche, dicker Tropfen

- auf Blutparasiten (z.B.: Malaria)
- bei Verdacht auf Malaria: dreimal Blutausstrich, einmal Dicker Tropfen
- ▶ nur gereinigte, entfettete Objektträger verwenden
- ▶ Blut aus der Fingerbeere; KEIN Venenblut
- ▶ Blutabnahme während oder nach Fieberschüben
- ▶ Blutausstriche (besonders „dicker Tropfen“) gut trocknen lassen
- ▶ Objektträger beschriften und bruchsicher verschicken (Überkarton)
- ▶ EDTA-Blut darf nicht älter als 24 Stunden sein