

**INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ**

Bulevar dr Zorana Đinđića 50

18 000 Niš, Srbija

Tel. 018/4226-448, 4226-384 Telefax 018/4225-974

www.izjz-nis.org.rs

**Referentna laboratorija za
kampilobakter i helikobakter**

Tel. 018 4226-448, 4226-384 lok. 179

e-mail: mikrobiologija@izjz-nis.org.rs

Uput za slanje seruma za ispitivanje antitela na *Campylobacter jejuni*

Laboratorijski broj RL:

PODACI O
POŠILJAOCUNaziv ustanove _____
Adresa, Opština _____
Telefon ustanove _____
Identifikacioni broj uzorka _____PODACI O
PACIJENTU

Ime: _____ Prezime: _____ Datum rođenja: ___/___/___

JMBG: LBO: Broj knjižice: Pol: m žPacijent: bolnički vanbolničkiMesto stanovanja: grad selo

Adresa bolesnika: Opština _____ Ulica _____ Broj _____

Telefon: _____

Putovanje u inostranstvo u poslednjih 15 dana:

 Ne Da Odredište: _____PODACI O
UZORKU

Datum uzorkovanja: ___/___/___

Datum slanja u Referentnu laboratoriju: ___/___/___

KLINIČKI I EPIDEMIOLOŠKI
PODACIDijagnoza: Seronegativna spondiloartropatija Enterokolitis Drugo Specifikovati: _____**Simptomatologija:** Dijareja Krvava dijareja Povraćanje Povišena temperatura ____°C Abdominalni bolovi Asimptomatski Drugo Specifikovati Antibiotička terapija: vrsta antibiotika: _____
doza _____ trajanje terapije _____ (dana) Epidemija Porodična epidemija Sporadičan slučaj

Uput popunio/ordinirajući lekar: _____

Kontakt telefon: _____

Napomena: odgovarajući kvadratić obeležiti X. **Za sve potrebne informacije možete kontaktirati Referentnu laboratoriju**