

附件五：

姓名：

 病歷號碼：

 性別： 男 女

 送檢單位：

 電話傳真：

 有無用藥：有無

聯合醫事檢驗所微生物檢驗單 (XRA050)

台北市復興南路二段 151 巷 33 號

電話：02-2704-9977 傳真：02-2709-1974

科別： 採檢時間： 日 時 分

用藥名稱： 接受時間： 日 時 分

身份證號：

 生日：民國 年 月 日

 卡號： 案件分類：

 疾病分類碼：

 就醫日期： 年 月 日

 檢體編號：

Aerobic Culture and Sensitivity: 嗜氧培養及藥敏試驗 *(不需要作藥敏試驗者請在此空格內打勾)

Genital 生殖泌尿道檢體

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Urine (Voided)*一般中段尿液 | <input type="checkbox"/> Urine (Catheter)*導尿 | <input type="checkbox"/> Suprapubic Aspirate *膀胱穿刺取尿 |
| <input type="checkbox"/> Genital 生殖道 | <input type="checkbox"/> Cervical Swab 子宮頸拭子 | <input type="checkbox"/> Vaginal discharge 陰道分泌物 |
| <input type="checkbox"/> Semen 精液 | <input type="checkbox"/> Prostatic Fluid 前列腺液 | <input type="checkbox"/> Urethral 尿道 |
| <input type="checkbox"/> Bartholin cyst 巴氏線囊腫 | <input type="checkbox"/> Stool*糞便 | <input type="checkbox"/> Rectal Swab*肛門拭子 |
| <input type="checkbox"/> Others _____ | | |

Fluid 無菌部位或體液檢體

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pericardial Fluid 心包膜液 | <input type="checkbox"/> Bile Fluid 膽汁 | <input type="checkbox"/> Ascitic Fluid 腹膜液 |
| <input type="checkbox"/> Synovial Fluid 關節液 | <input type="checkbox"/> CSF 腦脊髓液 | <input type="checkbox"/> Pleural Fluid 胸膜液 |
| <input type="checkbox"/> Amniotic Fluid 羊水 | <input type="checkbox"/> Wound / Pus 表皮傷口/膿 (Site : _____) | |
| <input type="checkbox"/> Catheter Tip culture(CVP) | <input type="checkbox"/> Others _____ | |

Respiratory tract 呼吸道檢體

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sputum 痰液* | <input type="checkbox"/> Bronchial washings 支氣管洗滌液* |
| <input type="checkbox"/> Bronchialveolar lavage 支氣管肺泡液* | <input type="checkbox"/> Bronchialveolar brushes 支氣管冲刷液* |
| <input type="checkbox"/> Tracheal and transtracheal aspirates 氣管穿刺抽取* | <input type="checkbox"/> Others _____ |

Anaerobic Culture and Sensitivity: 厭氧培養及藥敏試驗 *(不需要作藥敏試驗者請在此空格內打勾)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wound / Pus 表皮傷口/膿 (Site : _____) | <input type="checkbox"/> Suprapubic Aspirate 膀胱穿刺取尿 |
| <input type="checkbox"/> Ascitic Fluid 腹膜液 | <input type="checkbox"/> Bile Fluid 膽汁 |
| <input type="checkbox"/> Synovial Fluid 關節液 | <input type="checkbox"/> Stool 糞便 <input type="checkbox"/> Others _____ |
| <input type="checkbox"/> Pleural Fluid 胸膜液 | |
| <input type="checkbox"/> CSF 腦脊髓液 | |

Blood Culture and Sensitivity: 血液培養及藥敏試驗 *(不需要作藥敏試驗者請在此空格內打勾)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pediatric小兒(Ae & Anae) | <input type="checkbox"/> Adult成人(Ae & Anae) | <input type="checkbox"/> Cord blood臍帶血 (Ae & Anae) |
| <input type="checkbox"/> Others _____ | | |

Special Cultures:

Type of specimen : _____

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salmonella / Shigella | <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoea | <input type="checkbox"/> GBS |
| <input type="checkbox"/> Nasla 鼻腔 | <input type="checkbox"/> Throat Swab*咽喉拭子 | |
| <input type="checkbox"/> 刷牙 | <input type="checkbox"/> 落菌 | <input type="checkbox"/> 滅菌鍋指示劑 |

Fungal Culture: 真菌培養

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> blood 血液 | <input type="checkbox"/> Bone and bone marrow 骨髓 | <input type="checkbox"/> Brain 腦組織 |
| <input type="checkbox"/> Bronchial lavage or wash 支氣管肺泡液 | <input type="checkbox"/> CSF 腦脊髓液 | <input type="checkbox"/> Sputum 痰液* |
| <input type="checkbox"/> Corneal scrapings 角膜 | <input type="checkbox"/> Hair 頭髮 | <input type="checkbox"/> Fingernail, toenail 手/腳指甲 |
| <input type="checkbox"/> External auditory canal 外耳道 | <input type="checkbox"/> Peritoneal fluid 腹膜液 | <input type="checkbox"/> Mucocutaneous tissue 黏膜與皮膚組織 |
| <input type="checkbox"/> Nasal tissue 鼻腔組織 | <input type="checkbox"/> Stratum corneum 角質層 | <input type="checkbox"/> Prostatic fluid/tissue 前列腺/組織 |
| <input type="checkbox"/> Skin 皮膚 | <input type="checkbox"/> Synovial fluid 關節液 | <input type="checkbox"/> Subcutaneous granules 皮下肉芽組織 |
| <input type="checkbox"/> Subcutaneous tissue 皮下組織 | <input type="checkbox"/> Vitreous 玻璃體 | <input type="checkbox"/> Urine 尿液* |
| <input type="checkbox"/> Vaginal specimens 陰道 | | <input type="checkbox"/> Inoculated plate 菌株鑑定 |
| <input type="checkbox"/> Others _____ | | |

Water Analysis:

- 飲用水培養 Drinking water* (檢體量需 100 mL)
 水質培養(Dialysate*透析液 及 RO Water (In / Out))* for Total & Coliform Count)

Microscopy:

- Gram Stain 革蘭氏 Acid Fast Stain 抗酸性 India Ink Stain Type of specimen : _____

顧客特殊交待事項: _____

* 標示*的檢體請保存於 2 - 8°C

第一聯：聯合存根聯

第二聯：顧客存根聯