



# DOM DR. JOŽETA POTRČA POLJČANE

SS-obr. 7/1

Datum: \_\_\_\_\_

## NAVODILO ZA ODVZEM NADZORNIH KUŽNIN ZA BOLNIŠNIČNE OKUŽBE

### ZADEVA:

1. PREISKAVA NA METICILIN REZISTENTEN STAPHYLOCCOCUS AUREUS (MRSA)
2. PREISKAVA NA BETA LAKTAMAZE RAZŠIRJENEGA SPEKTRA (ESBL)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_  
(izpolni socialna delavka)

stanujoč: \_\_\_\_\_ pošta: \_\_\_\_\_

### 1. Lokacija za odvzem kužnin na prisotnost MRSA:

- 1) Bris nosu
- 2) Bris žrela
- 3) Bris kožne gube ali rane

### 2. Lokacija za odvzem kužnin na prisotnost ESBL:

- 1) Bris rektuma ali vzorec blata
- 2) Urin (v primeru SUK)

### OPOMBA:

Storitev je samoplačniška.

