|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 328 8:00 – 8:20** | | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | | Участок:**{{district}}** | |
| Форма №202/у-07 | Учреждение здравоохранения "19-я городская детская поликлиника" | | | | | | | | |
| **Исследование фекалий на дисбактериоз № \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **Дата: {{date}}** | | **{{ped\_div}}-е ПО** | | | **врач педиатр участковый: {{doc\_name}}** | | | | |
| 1. ФИО пациента:**{{name}}** | | | | | | | | | |
| 2. Число, месяц, год рождения:**{{birth\_date}}** | | | | | | | 3. Пол: **{{gender}}** | | |
| 4. Адрес места жительства**: {{address}}** | | | | | | | | | |
| 5. Диагноз: {{diagnosis}} | | | | | | | | | |
| 6. Время (часы, минуты) взятия материала | | | | | | | | | |
| Наименование  микроорганизмов | | | Количество микроорганизмов  в 1 г фекалий | | | | | | Результат исследования |
| Взрослые | | | Дети до 3 лет | | |  |
| Патогенные микроорганизмы | | | нет | | | нет | | |  |
| E. coli с нормальной ферментативной активностью | | | 107 – 108 | | | 107 – 108 | | |  |
| E. coli со сниженной ферментативной активностью | | | Не более 10% от общего количества | | | Не более 10% от общего количества | | |  |
| E. coli гемолитические | | | Не более 10% от общего количества | | | 0 | | |  |
| Другие условно-патогенные энтеробактерии | | | Не более 103 | | | Не более 104 | | |  |
| Микробы рода Протей | | | 103 – 104 | | | Естественное вскармливание до 1 года - 0, искусственное – не более 103 | | |  |
| Золотистый стафилококк | | | До 103 | | | 0 | | |  |
| Энтерококки | | | До 105 - 106 | | | До 105 - 106 | | |  |
| Дрожжеподобные грибы | | | До 104 | | | 0 | | |  |
| Бифидобактерии | | | 106 и выше | | | 108 и выше | | |  |
| Лактобактерии | | | 106 и выше | | | 106 и выше | | |  |
| Клостридии | | | До 105 | | | 0 | | |  |

Клинико-лабораторное заключение:

Врач лабораторной диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись фамилия, инициалы

Фельдшер-лаборант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №