

**Надзор над инфекцијама узрокованим
бактеријом *Clostridium difficile***

**Упитник М: Изолати за лабораторијско испитивање
(проширени обим надзора)**

(попунити упитник за сваки изолат који се шаље)

Шифра болнице: _____ Шифра лабораторије _____

Период надзора: од ___ / ___ / 20___ (дд / мм / гггг) до ___ / ___ / 20___ (дд / мм / гггг)

Број пацијената: _____

Интерна шифра пацијента (опционо): _____

Старост у годинама: _____; ако <2 године: _____ месеци

Почетак периода надзора: од ___ / ___ / 20___ (дд / мм / гггг)

Датум узимања узорка: ___ / ___ / 20___ (дд / мм / гггг)

Налаз микробиолошког прегледа:

Типизација урађена у референтној лабораторији

- ДА
 НЕ

PCR риботип изолата *Clostridium difficile* : _____

Метода коришћена за одређивање риботипа:

- капиларно заснована PCR (ск. CE PCR)
 гел заснована PCR
 Остало, молим Вас наведите: _____

Продукција токсина А и/или Б:

- Позитиван
 Негативан
 Тест није рађен

Присуство гена који кодирају бинарни токсин:

- Позитиван
 Негативан
 Тест није рађен

Утврђивање осетљивости на антибиотике је рађен у националној/регионалној референтној лабораторији:

- Да
 Не
 Тест није рађен

Метронидазол	MIC; _____	мг/л (метод): _____	SIR: _____
Ванкомицин	MIC; _____	мг/л (метод): _____	SIR: _____
Моксифлоксацин	MIC; _____	мг/л (метод): _____	SIR: _____