

Név:		Beküldő neve:		Beküldő címe:		9 jegyű kód:		Orvos neve:		Orvos telefon:		LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:		Térítés módja:		Helyben fizető		Csekkel előre *		Átutalás előre *		Szerződött / Fekvő			
TAJ:		Törzsszám (fekvő beteg):		Befizetés azonosító:		Számlázási név, cím:		Továbbbítő kód:		Mintavétel dátuma:			Orvosi körpecsét és aláírás
Születési dátum:		Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>		Mintavétel dátuma:		Beutaló kelte:		Pecset szám:		<input type="text"/>			
Terhességi hét:		Terápia:		Mintavétel dátuma:		Beutaló kelte:		Pecset szám:		<input type="text"/>			
Páciens telefon:		Lakcím (helység):		Lakcím (utca,hsz.):		Iránydiag./ BNO		Vizsgálat célja:		Első vizsgálat: <input type="checkbox"/> Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/>		Orvosi körpecsét és aláírás	
Lakcím (utca,hsz.):		Első vizsgálat: <input type="checkbox"/> Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/>		Előző vizsgálat eredménye:		Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:		Beküldő orvos egyéb közlése:					
Lakcím (utca,hsz.):		Első vizsgálat: <input type="checkbox"/> Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/>		Előző vizsgálat eredménye:		Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:		Beküldő orvos egyéb közlése:					

VÍRUSOK		
HIV-1 antigén, HIV-1,2 antitestek		N
Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgM poz. esetben IgG aviditás is)		N
Epstein-Barr vírus /EBV/ antitestek (IgM, EBNA IgG, VCA IgG)		N
Herpes simplex vírus antitestek (HSV1 és HSV2)		N
Hepatitis A vírus /HAV/ antitestek		N
<b>Hepatitis B vírus /HBV/ panel</b> (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc)		N
Hepatitis B vírus /HBV/ HBsAg (pozitív esetben konfirmációval kiegészítve)		N
Hepatitis B vírus /HBV/ Anti-HBs antitest		N
Hepatitis B vírus /HBV/ Anti-HBc antitest (pozitív esetben anti-HBc IgM is)		N
Hepatitis B vírus /HBV/ HBeAg		N
Hepatitis B vírus /HBV/ anti-HBe antitest		N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek		N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitest megerősítés immunoblottal		N
Hepatitis E vírus /HEV/ antitestek		N
Mumps vírus antitestek		N
Parvovírus B19 antitestek		N
Rubeola vírus antitestek		N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)		N

BAKTÉRIUMOK		
Bartonella antitestek		N
Borrelia antitestek immunoblot módszerrel		N
<b>Chlamydia panel</b> (C. pneumoniae, C. psittaci, C. trachomatis)		N
Chlamydia pneumoniae antitestek		N
Chlamydia psittaci antitestek		N
Chlamydia trachomatis antitestek		N
Helicobacter pylori antitest		N
Legionella antitestek		N
Treponema pallidum /Lues/ RPR és spec. IgG, IgM antitestek		N
Treponema pallidum antitestek immunoblot módszerrel		N
Mycoplasma pneumoniae antitestek		N
Yersinia antitestek		N

PARAZITÁK		
Toxoplasma gondii antitestek (IgM poz. esetben IgA, IgG aviditás is)		N
Toxocara antitest		N
Echinococcus antitest		N

KITÖLTÉSI INFORMÁCIÓK
N: Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető).
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréslaphoz kell csatolni, hiányában eredmény nem adható ki! A mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) minden esetben kérjük feltüntetni!

PANELBEN KÉRHETŐ VIZSGÁLATOK		
<b>Légúti panel</b> (csak egyben kérhető a teljes panel!) (Adeno-, RS-, Influenza-, Parainfluenzavírus, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila)		N
<b>TORCH panel alap</b> (CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma)		N
<b>TORCH panel teljes</b> (CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma, Parvovírus B19, Varicella zoster, Treponema pallidum)		N