



**MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLTKÉRŐ LAP
SZEROLÓGIA (SZAKELLÁTÁS SZÁMÁRA)**

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Név: | | Synlab labor: <input type="checkbox"/> | | LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON | |
| Születési név: | | Beküldő neve: | | | |
| TAJ: <input type="text"/> | | Beküldő címe: | | | |
| Születési dátum: <input type="text"/> Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/> | | 9 jegyű kód: <input type="text"/> | | | |
| Terhességi hét: | | Orvos neve: | | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Orvosi körpecsét és aláírás </div> | |
| Páciens telefon: | | Térítés módja: <input type="checkbox"/> OEP járó <input type="checkbox"/> Privát <input type="checkbox"/> E (EU bizt.) <input type="checkbox"/> Egyéb <input type="checkbox"/> | | | |
| Lakcím (helység): | | Napló sorszáma: <input type="text"/> | | | |
| Lakcím (utca,hsz.): | | Számlázási név, cím: | | | |
| Iránydiag./BNO | | Továbbító kód: | | | |
| Vizsgálat célja: | | Mintavétel dátuma: <input type="text"/> | | Beutaló kelte: <input type="text"/> | |
| Első vizsgálat: <input type="checkbox"/> Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/> | | Előző vizsgálat eredménye: | | Pecsétszám: <input type="text"/> | |
| Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete: | | Terápia: | | | |
| Beküldő orvos egyéb közlése: | | | | Kérőlapon bejelölt vizsgálatok száma: <input type="text"/> | |
| | | | | Kérőlapon kézzel írt vizsgálatok száma: <input type="text"/> | |

| 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 |
| HBsAg (pozitív esetben konfirmációval kiegészítve) | 1 | N |
| Anti-HBs antitest | | N |
| Anti-HBc antitest (pozitív esetben anti-HBc IgM is) | | N |
| Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek (poz. esetben konfirmáció: immunoblottal) | | N |
| Hepatitis E vírus /HEV/ antitestek | | N |
| Parvovírus B19 antitestek | | N |
| Rubeola vírus antitestek | | N |
| Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is) | | N |

| PARAZITÁK | | |
|--|--|---|
| Toxoplasma gondii antitestek (IgM poz. esetben IgA, IgG aviditás is) | | N |

| BAKTÉRIUMOK | | |
|--|---|---|
| Borrelia antitestek (pozitív esetben megerősítés immunoblottal) | | N |
| Chlamydia panel (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 (pozitív esetben megerősítés immunoblottal) | 1 | N |
| Mycoplasma pneumoniae antitestek | | N |

| EGYÉB OEP FINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK | | |
|--------------------------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI INFORMÁCIÓK | |
|--------------------------------------|---|
| 1 | Terhesgondozás keretében- szűrővizsgálatként - a járványügyi feladatok elvégzésére kijelölt laboratórium végzi közfinanszírozott formában. |
| N | Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető) |
| ♥ | Kérjük, tüntesse fel a területi ellátási kötelezettség szempontjából illetékes Synlab telephelyet. Laboratóriumaink OEP finanszírozott formában a területi ellátási kötelezettségbe tartozó páciensek mintáit fogadják. |
| | A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen! Hiányosan, hibásan, olvashatatlanul kitöltött kéréslap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban elvégezni. Az OEP felé kötelezően jelentendő adatok hiányában vagy hibás kitöltése esetén a laboratórium jogosult a vizsgálati díj számlázására a beküldő felé. A mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) és a bejelölt (igényelt) vizsgálatok számát minden esetben kérjük feltüntetni! |
| | A KÉRŐLAP ORVOSI KÖRPECSÉT ÉS ALÁÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN! |