SYNLAB

MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP (SZEROLÓGIA)

MAGÁNFINANSZÍROZOTT ÉS KÓRHÁZI FEKVŐ

Név:			Synlab telephely:						LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON
Születési név:			Beküldő (név, cím, pecsét)	Budapest Főváros II. kerület Egészségügyi Szolgálata 1027 Budapest, Kapás utca 22.					
TAJ:			9 jegyű kód:	BP2EUSZOL					
Születési dátum:		Nem: ☐ ffi ☐ nő	Orvos neve:		Orvos telefon:	+36 70 702 0816			
Terhességi hét:			Térítés módja:	☐ Helyben fizető	☐ Csekkel előre *	☐ Átutalás előre *	X Szerződött / Fekvő		
Páciens telefon:			Törzsszám (fekvő beteg)						Orvosi körpecsét és aláírás
Lakcím (irsz., helység):			Számlázási név:						
Lakcím (utca,hsz.):			Számlázási cím:						
			Továbbító kód:						
			Mintavétel dátuma:		Beutaló kelte:		Pecsét szám:		
Iránydiag./ BNO			*Terápia:*						
Vizsgálat célja:			*Első vizsgálat:*	☐	*Ismételt vizsgálat:*	☐	*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
Cytomegalovírus IgG aviditás *(csak pozitív IgG eredmény esetén végezhető el)*	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
Hepatitis B vírus /HBV/ panel *(HBsAg, anti-HBs, anti-HBc)*	N
Hepatitis B vírus /HBV/ HBsAg *(pozitív esetben konfirmációval kiegészítve)*	N
Hepatitis B vírus /HBV/ Anti-HBs anitest	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
Parvovírus B19 antitestek	N
Új koronavírus (SARS-CoV-2) IgG antitest vizsgálat	N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek *(IgM pozitív esetben IgA is)*	N

BAKTÉRIUMOK	
Bartonella antitestek	N
Borrelia antitestek immunoblot módszerrel	N
Chlamydia pneumoniae 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 (IgG, IgM)	N
Toxoplasma gondii IgG aviditás *(csak pozitív IgG eredmény esetén végezhető el)*	N
Toxocara antitest	N
Echinococcus antitest	N
Echinococcus megerősítés (immunoblot)	N

OLTOTTSÁGI VIZSGÁLATOK (csak szűrés céljából)			
Morbilli vírus IgG	N	Diphtheria IgG	N
Mumps vírus IgG	N	Pertussis IgG	N
Rubeola vírus IgG	N	Tetanus IgG	N

PANELBEN KÉRHETŐ VIZSGÁLATOK A FENTIEKBŐL	
TORCH panel alap *(CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma)*	N
TORCH panel teljes *(CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma, Parvovírus B19, Varicella zoster, Treponema pallidum)*	N

Egyéb vizsgálatok	
Mycobacterium tenyésztése és mikroszkópos vizsgálat (TBC)	St

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 kérőlaphoz kell csatolni, hiányában eredmény nem adható ki!** A **mintavétel dátumát**, a **vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO)** minden esetben kérjük feltüntetni!

Verzió: 20210715/20210720

Mintavételi és preanalitikai információ, valamint az aktuális kérőlap változat a www.synlab.hu weboldalról letölthető.