

### Várandósok hepatitisz B vírus és

### T. pallidum szűrővizsgálatához

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos pecsét száma:

Törzs/naplószám:

Címzett laboratórium:

**Országos Közegészségügyi Intézet**  
**Klinikai és Járványügyi Mikrobiológiai**  
**Igazgatóság**  
**Virologiai Főosztály**

1097 BUDAPEST, Albert Flórián út 2-6.  
 vagy 1437 Budapest, Pf.: 777

Tel: 476-1359 (HBsAg), 476-1356 (T. pallidum)  
 Fax: 476-1368

*IDE NE ÍRJON!*  
*VIZSGÁLÓ*  
*LABORATÓRIUM*  
*VONALKÓDJÁNAK HELYE*

Név: .....

Születési név: .....

Lakóhelye:     .....

TAJ száma:

Születési ideje:

Terhességi idő hetekben:

Szülés megindult:

Lezajlott szülés ideje:        óra   perc

Ismételt minta: HBsAg, T. pallidum (a megfelelő aláhúzendó).

#### Vérvétel tölti ki:

Vérvétel időpontja:

A mintát a levétel napjától  
 fagyasztva tárolták.

Orvos megjegyzése:

.....

Dátum: .....

Az orvos aláírása és pecsétje

A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap olvashatatlan, illetve ha a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek. Ha a mintát nem fagyasztva tárolták, kérjük, három napon belül beküldeni!