



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

Név:		Synlab labor: <input type="checkbox"/>		LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:		Beküldő neve:			
TAJ:		Beküldő címe:			
Születési dátum:		9 jegyű kód:			
Terhességi hét:		Orvos neve:		Orvosi körpecsét és aláírás	
Páciens telefon:		Térítés módja:			
Lakcím (helység):		Napló sorszáma:			
Lakcím (utca,hsz.):		Számlázási név, cím:			
Iránydiag./BNO		Továbbítókód:			
Vizsgálat célja:		Mintavétel dátuma:		Beutaló kelte:	
Első vizsgálat:		Ismételt vizsgálat:		Pecset szám:	
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:		Előző vizsgálat eredménye:		Egyéb	
Beküldő orvos egyéb közlése:		Terápia:			

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	Terhességvizsgálat 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)

Kérőlapon bejelölt vizsgálatok száma	
Kérőlapon kézzel írt vizsgálatok száma	

♥ 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 KÖRPECSET ÉS ALÁÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN!