

## Vizsgálatkérő lap bakteriológiai, mikológiai és parazitológiai vizsgálatokhoz

Beküldő intézmény neve és címe*: Beküldő egység*: Beküldő kódja*: □□□□□□□□ Telefon*.....A beküldő intézmény neve és címe: Beküldő egység:.....A beküldő kódja*: □□□□□□□□ Orvos neve*..... Pecsétszáma*: Törzskönyvi szám/naplósám*: Mintavevő neve*: Laboratóriumba érkezése:	<b>Központi Laboratórium-Mikrobiológiai Profil</b> NEAK kód:010925030 <b>Osztályvezető főorvos: Dr. Bekó Gabriella PhD</b> <b>Profilvezető főorvos Dr. Kamotsay Katalin</b> 1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7. 31. épület 1. emelet Tel.:+36-1-455-8100 Hemokultúra: 8181 mellék; Mikológia: 8346 mellék; Enterális, parazitológia: 8413 mellék; Bakteriológia adminisztráció: 8385 mellék
Beteg neve*: ..... ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/> Anyja neve*: ..... TAJ száma*: □□□□□□□□ Születési ideje*: □□□□ □□ □□ Irányítószám, lakcím*: □□□□..... Ellátás típusa*: <input type="checkbox"/> fekvőbeteg-szakellátás <input type="checkbox"/> járóbeteg-szakellátás <input type="checkbox"/> nem biztosított <input type="checkbox"/> menekült <input type="checkbox"/> államközi szerződés alapján ellátott <input type="checkbox"/> külföldön élő magyarok központi támogatása <input type="checkbox"/> üzemorvosi Térítési kategória: <input type="checkbox"/> BNO kód:□□□□ A vizsgálati anyag:..... <b>Szűrővizsgálat esetén:</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MACI <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGNB (multi-R Gram-neg.) <b>Szűrővizsgálat esetén:</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MACI <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGNB (multi-R Gram-neg.) <input type="checkbox"/> <b>Vizelet esetén:</b> <input type="checkbox"/> középugárból <input type="checkbox"/> katéterezéssel <input type="checkbox"/> állandó katéterből <input type="checkbox"/> punkcióval <input type="checkbox"/> <b>Széklet esetén:</b> <input type="checkbox"/> Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia <input type="checkbox"/> C.difficile <input type="checkbox"/> H.pylori Ag <input type="checkbox"/> Rotavírus <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Calicivírus <input type="checkbox"/> protozoon <input type="checkbox"/> féregpete <input type="checkbox"/> lárvavándoroltatás** <input type="checkbox"/> Amoeba Ag, <input type="checkbox"/> Giardia, Cryptosporidium Ag ** <input type="checkbox"/> <b>Vér parazita mikroszkópos vizsgálata</b> <input type="checkbox"/> <b>Malária antigén vizsgálat</b> <input type="checkbox"/> <b>Hemokultúra esetén:</b> <input type="checkbox"/> vénapunkcióval <input type="checkbox"/> kanülből (anat.hely)..... <input type="checkbox"/> <b>Sebváladék esetén:</b> anatómiai hely:..... <input type="checkbox"/> mély szöveti minta <input type="checkbox"/> felszíni sebváladék <input type="checkbox"/> drainszivadék <b>A kért mikrobiológiai vizsgálat:</b> <input type="checkbox"/> aerob tenyésztés <input type="checkbox"/> anaerob tenyésztés <input type="checkbox"/> gomba tenyésztés <input type="checkbox"/> tbc tenyésztés <input type="checkbox"/> Cryptococcus Ag <input type="checkbox"/> Pneumococcus Ag <input type="checkbox"/> Legionella Ag vizeletből <input type="checkbox"/> latex agglutináció liquorból <input type="checkbox"/> H.pylori biopsziából** A vizsgálatot indokoló diagnózis(ok)*:..... Utazási anamnézis (melyik ország, mikor): ..... Alkalmazott antibiotikum(ok)*: ..... Infekcióra hajlamosító tényező(k): ..... Korábbi vizsgálat(ok) eredménye: ..... Az orvos egyéb megjegyzése:..... A mintavétel ideje *: 20□□ □□ □□ □□óra □□perc	

Dátum: 20□□ □□ □□

.....  
az orvos aláírása és pecsétje \*

\* A csillaggal jelölt adatok kötelezően kitöltendők!

\*\* előzetes megbeszélés alapján