

Vizsgálatkérő lap szerológiai vizsgálatokhoz

Beküldő intézmény és címe:	Központi Laboratórium, Mikrobiológiai Profil, Szerológiai Részleg – NEAK kód: 010925030 Osztályvezető főorvos: Dr. Bekő Gabriella Profilvezető főorvos: Dr. Kamotsay Katalin Részlegvezető: Dr. Zóka András Cím: 1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7. 31. épület, II. emelet. Tel: +36 1 455 8100/8239 mellék
Beküldő egység:	
Beküldő kódja: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Telefon:	
Orvos neve: pecsétszám:	
Törzsszám/naplósám: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mintavevő neve:	

Beteg neve: ffi nő Anyja neve:

TAJ: -- Születési idő: -- Irányítószám, lakcím:

Ellátás típusa*: fekvőbeteg-szakellátás járóbeteg-szakellátás nem biztosított menekült
 menedékes államközi szer. alapján ellátott külföldön élő magyarok központi támogatása

Vizsgálat típusa: diagnosztikus szűrővizsgálat egyéb:

Vizsgálati anyag: natív vér¹ EDTA-s vér² liquor³ alsó légúti⁴ # egyéb:

#-tel jelölt anyag származási helye és mintavételének módja:

Szerológiai vizsgálatok:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV 1/2 Ag/Ab ^{1,2} | <input type="checkbox"/> EBV – heterofil antitest | <input type="checkbox"/> Chlamydia tr. IgM ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> HCV Ab ^{1,2} | <input type="checkbox"/> HSV 1/2 IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Chlamydia tr. IgG ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> HAV Ab ^{1,2} | <input type="checkbox"/> HSV 1/2 IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Borrelia IgM ^{1,2,3} |
| <input type="checkbox"/> HAV IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> VZV IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Borrelia IgG ^{1,2,3} |
| <input type="checkbox"/> HEV IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> VZV IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Anaplasma IgM ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> HEV IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Anaplasma IgG ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> HBsAg ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Treponema p. aspec. (RPR) ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> a-HBs ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Mumps IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Treponema p. Ab ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> a-HBc Ab ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Mumps IgG ^{1,2} | |
| <input type="checkbox"/> a-HBc IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Rubeola IgM ^{1,2} | Mikológiai vizsgálatok: |
| <input type="checkbox"/> a-HBe/HBeAg ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Rubeola IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Aspergillus galaktomannán ^{1,4} |
| <input type="checkbox"/> HDV Ab ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> 1,3-β-D-glükán ¹ |
| <input type="checkbox"/> CMV IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG ^{1,2} | |
| <input type="checkbox"/> CMV IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Mycoplasma pn IgG ^{1,2} | SARS-CoV-2 szerológiai vizsgálatok*: |
| <input type="checkbox"/> EBV IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Mycoplasma pn IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 S IgM ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> EBV VCA IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Chlamydia pn. IgM ^{1,2} | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 S IgG ^{1,2} |
| <input type="checkbox"/> EBNA IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> Chlamydia pn. IgG ^{1,2} | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 NP IgG ^{1,2} |

*kizárólag térítésköteles vizsgálatként kérhetőek

Klinikai leírás: Betegség kezdete: Tünetek:

Feltételezett diagnózis:

Mintavétel ideje: 20..... év, hónap, nap, óra, perc

Dátum: 20.....

.....
orvos aláírása és pecsétje