Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet	BA-INT-V02

Vizsgálatkérő lap védőoltásokat követő szerológiai vizsgálatokhoz

Beküldő intézmény és címe: ..…….…….. ……..... **Beküldő egység**: …….……..... **Beküldő kódja:** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **Telefon:** ……... **Orvos neve:** ……. **pecsétszám:** …….……. **Törzsszám/naplószám:** ☐☐☐☐☐☐☐☐	**Központi Laboratórium, Mikrobiológiai Profil, Szerológiai Részleg – NEAK kód: 010925030** **Osztályvezető főorvos**: Dr. Bezzegh Attila **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

Beteg neve:……..…….…….. ☐ férfi ☐ nő **Anyja neve**: …….……..

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

…….

Ellátás típusa*: ☐ járóbeteg-ellátás ☐ nem biztosított ☐ menekült ☐ külföldön élő magyarok központi támogatása ☐ menedékes ☐ államközi szerződés alapján ellátott		
Vizsgálat típusa: ☐ diagnosztikus	☐ szűrővizsgálat	☐ egyéb:
Vizsgálati anyag: ☐ natív vér	☐ EDTA-s vér	

Antitestszintek ellenőrzése:

☐ **Mumpsz IgG** ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……...…….

☐ **Rubeola IgG** ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……

☐ **anti-HBs IgG** ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……

☐ **VZV IgG** ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……

☐ **Hepatitis A** antitestek ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……..….

☐ ***Streptococcus pneumoniae* tokantigén** anttitestek ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……..…..…

☐ **Tetanus toxin** antitestek ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……..…….

☐ **Diftéria toxin** antitestek ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……..…….

☐ ***Haemophilis influenzae* B tokantigén** antitestek ☐ oltott ☐ átvészelt; oltás/fertőződés ideje: ……..

Az antitestszinteket potenciálisan befolyásoló kórképek (veleszületett/szerzett immunhiány, immunmoduláns kezelés, autoimmun kórkép):…….....……..……..……

……...……

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

Dátum: 20…….. .....

orvos aláírása és pecsétje