

SYNLAB
GASTROPANEL VIZSGÁLTKÉRŐ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLATOKHOZ

		Beküldő neve:		Orvosi körpecsét	
		Beküldő címe:			
Név:		9 jegyű kód:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Születési név:		Orvos neve:	Tel:	Pecsét száma:	
TAJ/ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Térítés módja:	<input type="checkbox"/> <i>Helyben fizető</i> <input type="checkbox"/> <i>Csekket előre*</i> <input type="checkbox"/> <i>Átutalás előre*</i>	Szerződéses	Orvos aláírása
Születési dátum:	Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>	Befizetés azonosító:		Beutaló kelte:	
Lakcím (helység):	Tel:	Számlázási név:		Mintav. dátuma:	
Lakcím (utca,hsz.):		Számlázási cím:		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréslaphoz kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.	
Iránydiag./BNO:		Leletküldési e-mail:			

ANAMNESZTIKUS ADATOK A LELET ÉRTÉKELÉSÉHEZ

Vannak-e savtúltermeléssel járó tünetei?		Igen		Nem		Nem ismert
Szed-e savszekréciót csökkentő gyógyszert?		Igen		Nem		Nem ismert
Ha igen, milyen gyógyszert?						
Mutattak-e ki korábban Helicobacter pylori fertőzést?		Igen		Nem		Nem ismert
Volt-e már Helicobacter pylori eradikációs kezelése?		Igen		Nem		Nem ismert
Ha kapott kezelést, mikor? (1 éven belül, vagy régebben?)		1 éven belül		1 évnél régebben		
Szed-e nem szteroid tartalmú gyulladáscsökkentőt?		Igen		Nem		Nem ismert
Ha igen, milyen gyógyszert?						

IGÉNYELT LABORATÓRIUMI VIZSGÁLAT

Gastropanel meghatározás (Pepszinogén I, Pepszinogén II, Helicobacter pylori IgG, Gasztrin-17)	N
---	---

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ

Mintavételi cső: N (sárga kupakos, natív cső)

Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kéréslap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni.
 A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
 A vizsgálat végzése **1 cső natív vérből (piros, vagy sárga kupakos cső)** történik.
 A mintát alvadás után **azonnal centrifugálni**, a szérumot **szeparálni és fagyasztani** kell!

Fontos: a vérvétel előtt **2 héttel** a **gyomorsav-termelést gátló gyógyszer** szedését **fel kell függeszteni!**
Savkötő gyógyszert a vizsgálat előtt 1 nappal **nem szabad használni!**