



GYÓGYSZER / FÉM / ADALÉKANYAG ALLERGIA
VIZSGÁLTATKÉRŐ LAP PRIVÁT VIZSGÁLATOKHOZ

Név:		Beküldő neve:		Orvosi körpecsét			
Születési név:		Beküldő címe:					
TAJ/ID:		9 jegyű kód:					
Születési dátum: (Lakcím)		Orvos neve:		Tel:		Pecsét száma:	
(helység)		Térítés módja:		Helyben fizető	Csekkel előre*	Átutalás előre*	Szerződéses
Lakcím		Befizetés azonosító:					Orvos aláírása
(utca,hsz.)		Számlázási név:					Beutaló kelte:
Iránydiag./BNO:		Számlázási cím:					Mintav. dátuma
		Leletküldési e-mail:					

GYÓGYSZERALLERGIA VIZSGÁLATA (Max. 3 féle gyógyszer választható!)		ANAMNESZTIKUS ADATOK	
Lidokain (Lidocaine)		Milyen gyógyszer/gyógyszerek okozták feltételezhetően a tünetet/tüneteket?	
Artikain (Articaine hydrochloride)			
Klavulánsav (Lithium clavulanate)		Mikor jelentkeztek a tünetek? (dátum)	Ismert fertőző betegség?
Amoxicillin (Amoxicillin trihydrate)			
Aztromicin (Azithromycin)		Írja le, hogy milyen tüneteket tapasztalt?	
Cefuroxim (Cefuroxime sodium)			
Ciprofloxacín (Ciprofloxacin hydrochloride)			
Klaritromicin (Clarithromycin)			
Levofloxacin (Levofloxacin hemihydrate)		Egyéb fontos megjegyzés?	
Fenoximetilpenicillin (Phenoxymethylpenicillin)		PREANALITIKAI INFORMÁCIÓK	
Acetilszalicilsav (Acetylsalicylic acid)		A vizsgálatot kizárólag előjegyzés alapján végezzük. Mintavételi csőtípus: Z (zöld dugós, Li-heparinnal alvadésgátolt teljes vér). Mintavételre kizárólag a Podmaniczky úti telephelyünkön van lehetőség, előzetes időpont egyeztetést követően. Telefonos előjegyzés: +36 1 5 888 500 (ügyfélszolgálat) vagy +36 30 331 2892 (Podmaniczky úti vérvételi hely)	
Diklofenák (Diclofenac sodium)		A teszt pozitív eredménye arra utal, hogy a vizsgált anyag allergiás reakciót indíthat be a szervezetben. A negatív laboratóriumi eredmény nem zárja ki a szervezetben az allergiás reakció kialakulásának lehetőségét! Negatív eredmény esetén további vizsgálatokra lehet szükség a folyamatok részletesebb felderítéséhez.	
Ibuprofén (Ibuprofen)			
Metamizol-nátrium (Metamizole sodium)			
Paracetamol (Paracetamol)			
LTT: 1 féle gyógyszer vizsgálata	Z		
LTT: 2 féle gyógyszer vizsgálata	Z		
LTT: 3 féle gyógyszer vizsgálata	Z		
FÉMALLERGIA VIZSGÁLATA (Max. 4 féle fém választható!)		ANAMNESZTIKUS ADATOK	
Réz (CuSO4)		Milyen fémek okozták feltételezhetően a tünetet/tüneteket?	
Alumínium (AlCl3)			
Nikkel (NiSO4)			
Kadmium (CdCl2)		Mikor jelentkeztek a tünetek? (dátum)	Ismert fertőző betegség?
Kobalt (CoCl2)			
Molibdén (MoO3)		Írja le, hogy milyen tüneteket tapasztalt?	
Króm (CrCl3)			
Vanádium (VCl3)			
Palládium (PdCl2)			
Ezüst (AgC2H3O2)			
Cirkónium (ZrO2)			
Mangán (MnCl2)			
Higany (HgCl2)		Egyéb fontos megjegyzés?	
Cink (ZnCl2)		PREANALITIKAI INFORMÁCIÓK	
Titán (TiO2)		A vizsgálatot kizárólag előjegyzés alapján végezzük. Mintavételi csőtípus: Z (zöld dugós, Li-heparinnal alvadésgátolt teljes vér). Mintavételre kizárólag a Podmaniczky úti telephelyünkön van lehetőség, előzetes időpont egyeztetést követően. Telefonos előjegyzés: +36 1 5 888 500 (ügyfélszolgálat) vagy +36 30 331 2892 (Podmaniczky úti vérvételi hely). A teszt pozitív eredménye arra utal, hogy a vizsgált anyag allergiás reakciót indíthat be a szervezetben. A negatív laboratóriumi eredmény nem zárja ki a szervezetben az allergiás reakció kialakulásának lehetőségét!	
Arany (Au2O3)			
LTT: 1 féle fém vizsgálata	Z		
LTT: 2 féle fém vizsgálata	Z		
LTT: 3 féle fém vizsgálata	Z		
LTT: 4 féle fém vizsgálata	Z		