



MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP (SZEROLÓGIA)
MAGÁNFINANSZÍROZOTT ÉS KÓRHÁZI FEKVŐ

Név:				Synlab telephely:				LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:				Beküldő (név, cím, pecsét)					
TAJ:				9 jegyű kód:					
Születési dátum:	Nem:		ffi	nő	Orvos neve:	Orvos telefon:			
Terhességi hét:				Térítés módja:		Helyben fizető	Csekkel előre *	Átutalás előre *	Szerződött / Fekvő
Páciens telefon:				Törzsszám (fekvő beteg)				Orvosi körpecsét és aláírás	
Lakcím (írsz., helység):				Befizetés azonosító:					
Lakcím (utca,hsz.):				Számlázási név, cím:					
				Továbbító kód:					
Iránydiag./BNO				Mintavétel dátuma:		Beutaló kelte:	Pecsét szám:		
Vizsgálat célja:				Terápia:					
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:				Első vizsgálat:		Ismételt vizsgálat:		Előző vizsgálat eredménye:	
Beküldő orvos egyéb közlése:									

VÍRUSOK	
HIV-1 antigén, HIV-1,2 antitestek	N
Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgG, IgM)	N
	N
Epstein-Barr vírus /EBV/ antitestek (IgM, EBNA IgG, VCA IgG)	N
Herpes simplex vírus antitestek (HSV1 és HSV2)	N
Hepatitis A vírus /HAV/ antitestek	N
Hepatitis B vírus /HBV/ panel (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc)	N
Hepatitis B vírus /HBV/ HBsAg (pozitív esetben konfirmációval kiegészítve)	N
Hepatitis B vírus /HBV/ Anti-HBs anitest	N
Hepatitis B vírus /HBV/ Anti-HBc antitest (pozitív esetben anti-HBc IgM is)	N
Hepatitis B vírus /HBV/ HBeAg	N
Hepatitis B vírus /HBV/ anti-HBe antitest	N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek	N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitest megerősítés immunoblottal	N
Hepatitis E vírus /HEV/ antitestek	N
Koronavírus (SARS-CoV-2) elleni antitest vizsgálat	N
Parvovírus B19 antitestek	N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)	N

BAKTÉRIUMOK	
Bartonella antitestek	N
Borrelia antitestek immunoblot módszerrel	N
Chlamydia pneumoniae antitestek	N
Chlamydia trachomatis antitestek	N
Helicobacter pylori antitest	N
Legionella antitestek	N
Treponema pallidum /Lues/ RPR és spec. IgG, IgM antitestek	N
Treponema pallidum antitestek immunoblot módszerrel	N
Mycoplasma pneumoniae antitestek	N
Yersinia antitestek	N

PARAZITÁK	
Toxoplasma gondii antitestek (IgG, IgM)	N
	N
Toxocara antitest	N
Echinococcus antitest	N
Echinococcus megerősítés (immunoblot)	N

OLTOTTÁGI VIZSGÁLATOK (csak szűrés céljából)			
Morbilli vírus IgG	N	Diphtheria IgG	N
Mumps vírus IgG	N	Pertussis IgG	N
Rubeola vírus IgG	N	Tetanus IgG	N

KITÖLTÉSI INFORMÁCIÓK
N: Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető).
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréslaphoz kell csatolni, hiányában eredmény nem adható ki! A mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) minden esetben kérjük feltüntetni!

PANELBEN KÉRHETŐ VIZSGÁLATOK A FENTIEKBŐL	
TORCH panel alap (CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma)	N
TORCH panel teljes (CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma, Parvovírus B19, Varicella zoster, Treponema pallidum)	N