



MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLTÁRÓ LAP (SZEROLÓGIA)
MAGÁNFINANSZÍROZOTT ÉS KÓRHÁZI FEKVŐ

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

VÍRUSOK	
HIV-1 antigén, HIV-1,2 antitestek	N
Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgM poz. esetben IgG aviditás is)	N
Cytomegalovírus IgG aviditás (csak pozitív IgG eredmény esetén végezhető el)	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 antitest	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	N
Toxoplasma gondii IgG aviditás (csak pozitív IgG eredmény esetén végezhető el)	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