

HPV, STD- ÉS EGYÉB KÓROKOZÓK PCR-VIZSGÁLATA

BEKÜLDŐ INTÉZMÉNY ADATAI

ORVOS ADATAI

Telefon: - /

Fizetési mód

Csekk vagy bizonylat (a kérelaphoz tűzve)

Szerződéses (szerződés alapján utólag)

NEAK-finanszírozott

Térítési kategória*

Előző citológiai eredmény*

NEAK-finanszírozás esetén a csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező.

BNO*

Név

Aláírás

Pecsétszám

Orvosi P.H.

Szakrendelés NEAK-kódja* / Szerződés szerinti beküldőkód

Ambuláns naplósorszám*

Információk a hátoldalon. >

PÁCIENS ADATAI Kötelezően kitöltendő

Név

Születési idő év hó nap Férfi Nő TAJ

Anyja neve

Lakcím

Mintavétel dátuma év hó nap Várandósság hetes

Telefonszám

A telefonszám megadása nem kötelező.

Egyéb azonosító:

Információk a hátoldalon. >

HPV-VIZSGÁLATOK

	Magánfinanszírozott	NEAK-finanszírozott
cobas® HPV 14-féle hrHPV kimutatása; HPV16 és HPV18 egyedi azonosítása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full Spectrum HPV 48-féle HPV kimutatása; 14-féle hrHPV és HPV6, HPV11 egyedi azonosítása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LÉGÚTI KÓROKOZÓK

	Magánfinanszírozott	NEAK-finanszírozott
Szamárköhögés (Bordetella pertussis) PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SZEXUÁLIS ÚTON TERJEDŐ FERTŐZÉSEK (STD) KÓROKOZÓI

STD-vizsgálatok	Magánfinanszírozott		NEAK-finanszírozott		MINTATÍPUS	
	Tetszőlegesen	Kedvezményes panelek	Tetszőlegesen	Panelek		
Chlamydia trachomatis AR/IVF <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-es panel	<input type="checkbox"/>	4-es panel	ThinPrep® cső <input type="checkbox"/>	
Mycoplasma genitalium	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	cervix <input type="checkbox"/>
Ureaplasma urealyticum/parvum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	urethra <input type="checkbox"/>
Neisseria gonorrhoeae	<input type="checkbox"/>	3-as panel	<input type="checkbox"/>	3-as panel	anus <input type="checkbox"/>	
Trichomonas vaginalis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	pharynx <input type="checkbox"/>
Gardnerella vaginalis	<input type="checkbox"/>	2-es panel	<input type="checkbox"/>	2-es panel	hüvelyváladék <input type="checkbox"/>	
Atopobium vaginae	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	hámkaparék <input type="checkbox"/>
Treponema pallidum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		fekély <input type="checkbox"/>	
Herpes simplex vírus 1/2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Vizeletes tartály <input type="checkbox"/>	

TÁJÉKOZTATÓ

A kérelapot kérjük NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL kitölteni!

A négyzetekbe (□) csak egy szám/betű/jel kerüljön. A választandó kis □-be **X** jelölést használjon.

Beküldő intézmény neve, címe, telefonszáma: kézzel vagy géppel kitöltendő, vagy olvasható intézménypecséttel helyettesíthető.

Szakrendelés NEAK-kódja: NEAK-finanszírozás esetén kézzel vagy géppel kitöltendő, vagy olvasható intézménypecséttel helyettesíthető.

Egészségpénztári (EP) tagság esetén a befizetés bizonylatán kérjük feltüntetni az EP nevét és a tag azonosító számát (csekk esetében a feladóvevény és a törzsszelvény közlemény rovatában is). Bármely adat hiányában nem áll módunkban az EP elszámoláshoz szükséges számlát kiállítani.

Minden esetben kérjük a befizetett csekk feladóvevényét, vagy annak másolatát, vagy az átutalási igazolást a kérelaphoz csatolni!

Térítési kategória: feltétlenül kitöltendő a □ az alábbiak közül a megfelelő számmal vagy betűjellel:

1 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

3 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

4 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező, vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása

6 = fekvőbeteg részére végzett ellátás

9 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A = befogadott külföldi állampolgár

D = menekült, menedékes státuszt kérelmező

E = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás.

TAJ-szám: Társadalombiztosítási Azonosító Jel. Üresen hagyása esetén adminisztratív okokból a születési dátumból generálódik.

Egyéb azonosító: TAJ-szám hiányának esetén kell megadni (amennyiben a páciens nem rendelkezik TAJ-számmal). Személyazonosság igazolására alkalmas okmány száma (személyazonosító igazolvány, útlevél vagy kártya formátumú, 2001. január 1-je után kiállított vezetői engedély), európai egészségbiztosítási kártya száma, menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma, ezek hiányában az EESZT-ben képzett azonosító.

Ambuláns naplószám: Járóbeteg-szakellátás esetében az első karakter 0, az azt követő nyolc karakter a nyolcjegyű naplósorszámából áll, ahol az első két számjegy a kötetszám, a további hat számjegy a köteten belüli sorszám.

Mintavételi pontok elszámolása: A mintavételért járó OENO-pontokat (OENO-kód: 19192 Mikrobiológiai mintavétel folyékony transport közegbe) a SYNLAB Hungary Kft. számolja el tekintettel arra, hogy a mintavételi eszközöket a SYNLAB biztosítja. Amennyiben ez a gyakorlat a beküldőnél NEAK elszámolási problémát jelent, ettől eltérő megállapodás is köthető.

BNO-kód (diagnózis) minden NEAK-finanszírozott vizsgálat esetén kitöltendő.

A cobas® HPV-vizsgálat csak ThinPrep® PreservCyt® cervikális mintából kérhető.

A cobas® HPV-vizsgálatnál kérjük, hogy a NEAK által elfogadott módszertani levélnek megfelelően járjon el:

HPV-kimutatás: cervicális laphámcarcinomák citológiai szűrővizsgálatának eredménye alapján az alábbi feltételekkel indikálható

NEAK-finanszírozás keretében:

1. A szűrés során gyanúsnak minősített „borderline” esetekben, vagyis ha az első citológiai vizsgálat eredménye a Bethesda klasszifikáció alapján
 - a. ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance), vagy
 - b. LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion), továbbiakban a NEAK-szabálykönyvben felsoroltak: ASC-H, AGUS, AISO, dyscariosis, korábban P3 diagnóziscsoport elváltozás valamelyikét mutatja.
2. Pozitív citológiai eredményt követő szövettani vizsgálat esetén.
3. Citológiai indikáció alapján végzett műtétet követő első citológiai vizsgálat során.

A kérelapon a citológiai vizsgálat eredményét is fel kell tüntetni!

További fontos információk:

- Munkatársainktól információt munkanapokon 8-16 óra között kérhet a következő telefonszámon: +36 1 465 0124
- Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a laboratóriumnak nem áll módjában vizsgálati mintát vizsgálatkérő lap, illetve vizsgálatkérő lapot vizsgálati minta nélkül átvenni.
- Amennyiben az elsődleges vizsgálati minta alkalmatlan a diagnosztikus vizsgálat céljára, akkor a laboratórium haladéktalanul felveszi a kapcsolatot a vizsgálatot kérő személlyel.

Az adatlap hiányos kitöltése esetén a kért vizsgálatot a laboratórium nem tudja elvégezni!

A laboratóriumba érkező vizsgálati mintákat az eredményközlésig tároljuk.

Tárolás, eltarthatóság:

A mintavételi eszközök tárolása szobahőmérsékleten történik.

Minta: A minta típusát a megfelelő □-ben **X**-szel jelölje, egyéb minta esetén kérjük a minta típusának megnevezését.

A mintát a megfelelő transzportközegben az előírásnak (ajánlott aláhúzva) megfelelően tárolja:

- Minta ThinPrep® csőben: szobahőmérsékleten (15-30 °C) 2 hét, 2-8 °C-on 1 hónap (lefagyasztani nem szabad)
- Vizelet, ondó vizeletes tartályban: 2-8 °C-on 4 óra, -20 °C-on 1 hónap