



MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP  
SZEROLÓGIA (SZAKELLÁTÁS SZÁMÁRA)

|                                           |                                                               |                                       |                                                                                                                                        |                                                     |                                                   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Név:                                      |                                                               | Synlab labor:                         | ♥                                                                                                                                      |                                                     | LABORATÓRIUMI<br>AZONOSÍTÓ HELYE,<br>IDE NE ÍRJON |
| Születési név:                            |                                                               | Beküldő (név, cím, pecsét)            |                                                                                                                                        |                                                     |                                                   |
| TAJ:                                      | <input type="text"/>                                          | 9 jegyű kód:                          | <input type="text"/>                                                                                                                   |                                                     |                                                   |
| Születési dátum:                          | Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő | Orvos neve:                           |                                                                                                                                        |                                                     |                                                   |
| Terhességi hét:                           |                                                               | Orvos telefon:                        |                                                                                                                                        |                                                     | <div>Orvosi körpecsét és aláírás</div>            |
| Páciens telefon:                          |                                                               | Térítés módja:                        | <input type="checkbox"/> OEP járó <input type="checkbox"/> Privát <input type="checkbox"/> E (EU bizt.) <input type="checkbox"/> Egyéb |                                                     |                                                   |
| Lakcím (irsz., helység):                  | <input type="text"/>                                          | Napló sorszáma:                       | <input type="text"/>                                                                                                                   |                                                     |                                                   |
| Lakcím (utca,hsz.):                       | <input type="text"/>                                          | Számlázási név, cím:                  | <input type="text"/>                                                                                                                   |                                                     |                                                   |
|                                           |                                                               | Továbbító kód:                        | <input type="text"/>                                                                                                                   |                                                     |                                                   |
| Iránydiag./BNO                            |                                                               | Mintavétel dátuma:                    | Beutaló kelte:                                                                                                                         | Pecsét száma:                                       | <input type="text"/>                              |
| Vizsgálat célja:                          |                                                               | Terápia:                              |                                                                                                                                        |                                                     |                                                   |
| Körelőzmények, tünetek, betegség kezdete: |                                                               | Első vizsgálat:                       | <input type="checkbox"/> Ismételt vizsgálat:                                                                                           | <input type="checkbox"/> Előző vizsgálat eredménye: |                                                   |
| Beküldő orvos egyéb közlése:              |                                                               |                                       |                                                                                                                                        |                                                     |                                                   |
|                                           |                                                               | Kérőlapon bejelölt vizsgálatok száma: |                                                                                                                                        | Kérőlapon kézzel írt vizsgálatok száma:             |                                                   |

| VÍRUSOK                                                                      |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| HIV-1 antigén, HIV-1,2 antitestek                                            |   | N |
| Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgG, IgM)                                  |   | 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 |
| HBsAg (pozitív esetben konfirmációval kiegészítve)                           | 1 | N |
| Anti-HBs antitest                                                            |   | N |
| Anti-HBc antitest (pozitív esetben anti-HBc IgM is)                          |   | N |
| Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek (poz. esetben konfirmáció: immunoblottal) |   | N |
| Hepatitis E vírus /HEV/ antitestek                                           |   | N |
| Parvovírus B19 antitestek                                                    |   | N |
| Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)         |   | N |

| PARAZITÁK                               |  |   |
|-----------------------------------------|--|---|
| Toxoplasma gondii antitestek (IgG, IgM) |  | N |

| BAKTÉRIUMOK                                                                                            |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Borrelia antitestek (pozitív esetben megerősítés immunoblottal)                                        |   | N |
| Chlamydia pneumoniae antitestek                                                                        |   | N |
| Chlamydia trachomatis antitestek                                                                       |   | N |
| Mycoplasma pneumoniae antitestek                                                                       |   | N |
| Helicobacter pylori antitest                                                                           |   | N |
| Legionella antitestek                                                                                  |   | N |
| Treponema pallidum /Lues/ RPR és spec. IgG, IgM antitestek (pozitív esetben megerősítés immunoblottal) | 1 | N |

| EGYÉB OEP FINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
|                                      |  |  |
|                                      |  |  |
|                                      |  |  |
|                                      |  |  |
|                                      |  |  |

| KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI INFORMÁCIÓK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Terhesgondozás keretében- szűrővizsgálatként - a járványügyi feladatok elvégzésére kijelölt laboratórium végzi közfinanszírozott formában.                                                                              |
| N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető)                                                                                                         |
| ♥                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Kérjük, tüntesse fel a területi ellátási kötelezettség szempontjából illetékes Synlab telephelyet. Laboratóriumaink OEP finanszírozott formában a területi ellátási kötelezettségbe tartozó páciensek mintáit fogadják. |
| A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen! Hiányosan, hibásan, olvashatatlanul kitöltött kérőlap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban elvégezni. Az OEP felé kötelezően jelentendő adatok hiányában vagy hibás kitöltése esetén a laboratórium jogosult a vizsgálati díj számlázására a beküldő felé. A mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) és a bejelölt (igényelt) vizsgálatok számát minden esetben kérjük feltüntetni! |                                                                                                                                                                                                                         |
| A KÉRŐLAP ORVOSI KÖRPECSET ÉS ALÁÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                         |