



Vizsgálatkérő lap virológiai vizsgálatokhoz

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni,
kódokat beírni, ill. a kívánt négyzeteket kijelölni!

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos pecsétszáma:

Naplószám:

Címzett laboratórium:

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ
Orvosi Mikrobiológiai Intézet
Virologiai Laboratórium
7624. Pécs, Szigeti út 12.
Tel: (72) 536-000 / 31903

Honlap: <http://aok.pte.hu/hu/egyseg/index/220>

Iktatószám/Vonalkód.....

Béérkezett: óra perc

Beteg neve:

TAJ száma: Születési ideje:

Munkahelye és foglalkozása:

Lakcíme:

Ellátás típusa, térítési kat.: járóbeteg-szakellátás (alapellátás) menekült államközi szerz. alapján ellátott
 fekvőbeteg szakellátás menedékes nem biztosított

Vizsgálat típusa: beteg szűrővizsgálat járványügyi egyéb

Vizsgálati anyag:

vér széklet liquor orr-garatváladék garatmosó folyadék
 szemváladék vizelet vesicularis folyadék post mortem szervminta egyéb:

Kért vizsgálat:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epstein-Barr vírus (EBV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A vírus (HAV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis E vírus (HEV) (szerológia) |
| <input type="checkbox"/> Humán herpesvírus 1/2 (HHV1/2) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B vírus (HBsAg) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Adenovírus (IC) |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalovírus (CMV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B vírus anti-HBc IgM (szerológia) | <input type="checkbox"/> Rotavírus (IC) |
| <input type="checkbox"/> Varicella-Zoster vírus (VZV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B vírus anti-HBc IgG (szerológia) | <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i> RPR/TPHA / ELISA |
| <input type="checkbox"/> HIV (antigén/antitest) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B vírus anti-HBs (szerológia) | <input type="checkbox"/> egyéb: |
| <input type="checkbox"/> Parvovírus B19 (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C vírus (HCV) (szerológia) | |

első vizsgálat ismételt vizsgálat

Előző vizsgálat eredménye:

Tünetek:

Feltételezett diagnózis:..... BNO kód: Gravida a terhesség ideje hét

Kórelőzmény (külföldön járt-e, hol, mikor):

Jelen betegség kezdete: 20 Mintavétel ideje: hó nap óra perc

Az orvos egyéb közlése:

Az orvos közvetlen értesítési telefonja:

Számlázási cím:

Dátum: Az orvos aláírása és pecsétje

Megjegyzés:

Felhívjuk figyelmüket, hogy a megrendelés és nem finanszírozott vizsgálatok eredményeit csak a fizetendő térítési díj kiegyenlítését követően áll módunkban kiadni!

A felsorolásban nem szereplő kérés vagy nagyobb számú vizsgálati anyag küldésének szándéka esetén előzetesen konzultáljon a Laboratóriummal!

A Laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap hiányosan kitöltött, olvashatatlan, a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.

A vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan, ha az anyag vétele/szállítása nem megfelelő módon történt, a vételtől 4-6 órán túl (kivéve vér, széklet) érkezett a Laboratóriumba.

További információ és szolgáltatási jegyzék: <http://aok.pte.hu/hu/egyseg/dokumentumok/220>