**Csongrád- Csanád VÁRMegyei Kormányhivatal**

**Népegészségügyi Főosztály**

Formanyomtatvány azonosító: F44-04

Változatszám: 10

Feljegyzés azonosító: f-kh -F44-04

Oldalszám:

**Laboratóriumi Osztály**

**Klinikai és Járványügyi Mikrobiológiai Laboratórium**

*6726 Szeged, Derkovits fasor 7-11.*

## Tel.:(62) 680-165

*E-mail:* [mikrolab.nefo@csongrad.gov.hu](mailto:mikrobio@dar.antsz.hu)

**Kórházhigiénés Bakteriológiai részleg**

Tel.(62) 681-728



**Vizsgálatkérő lap kh – 01**

kórházhigIénés bakteriológiai vizsgálathoz

fertőzöttségi vizsgálat, sterilitási, váladék vizsgálat **(megfelelő aláhúzandó)**

Mintavétel helye:……………………………………………………… Intézmény bélyegzője:

Intézmény:……………………………………………………………..

Osztály:………………………………………………………………...

Mintavétel dátuma:……………………………………………………

Mintavétel módja: „NAH által akkreditált” „NAH által nem akkreditált” (megfelelő aláhúzandó), egyéb:………………………………………..

Mintavételi módszer: tamponos törlés, slide, szívásos levegő vizsg. (átszívott levegő mennyiség…………..liter), egyéb…………………………

Mintavevő:……………………………………………………………..

Vizsgálat célja: rutin ellenőrzés, monitorozás, járványügyi érdek, fertőtlenítő takarítás utáni visszaellenőrzés,egyéb ……………………………..

Térítési kötelezettség: térítéses ingyenes **(megfelelő aláhúzandó)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ÁNTSZ  ikt.szám | Sor-  szám | Kód-  szám | A minta megnevezése  A sterilitási vizsgálatnál a **sterilizálás módját** kérjük jelölni! | Megjegyzés |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………………. …………………………………………. …………………………………………….

mintázott részleg képviselője mintavevő személy laboratóriumi átvevő személy

Átvétel időpontja:……………év ……………….……hó …………nap …………….óra