



Vizsgálatkérő lap virológiai vizsgálatokhoz

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

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos pecsét száma:

Naplószám:

Címzett laboratórium:

Baranya Vármegyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály
Laboratóriumi Osztály
Mikrobiológiai Laboratórium - **Virológia**
7623 Pécs, Szabadság u. 7.
Tel: (72) 896-246

Iktatószám/Vonalkód.....

Beérkezett: 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 post mortem szervminta egyéb:

Kért vizsgálat:

vírus szerológia vírus kimutatás

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Epstein-Barr vírus (EBV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A vírus (HAV) | <input type="checkbox"/> Légúti óriássejtes vírus (RSV) |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis inf. gyorsteszt (EBV) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B vírus (HBsAg) | <input type="checkbox"/> Parvovírus B19 (szerológia) |
| <input type="checkbox"/> Herpes simplex vírus (HSV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B vírus konfirmálás (HBsAg) | <input type="checkbox"/> Adenovírus (IC) |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovírus (CMV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B vírus anti-HBc IgM | <input type="checkbox"/> Rotavírus (IC) |
| <input type="checkbox"/> Varicella-Zoster vírus (VZV) (szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C vírus (HCV) | <input type="checkbox"/> Calicivírus (RT-PCR – járványügyi érdekből) |
| <input type="checkbox"/> HIV (antigén kimutatás/szerológia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis E vírus (HEV) | <input type="checkbox"/> egyéb: |

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:

..... ph
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 rutinvizsgálatokat meghaladó kérdés 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 és anorektális törlés) érkezett a Laboratóriumba.

További információ: <http://www.kormanyhivatal.hu/hu/baranya>