



Veszprém Megyei
Kormányhivatal

MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

VIROLÓGIAI ÉS IMMUNSZEROLÓGIAI VIZSGALATOKHOZ

VEMKH Népegészségügyi Főosztály
Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály

V-B/M

Kérjük olvashatóan kitölteni,
a kódokat beírni, ill. a kívánt
kockákat jelölni!

Beküldő intézmény neve, címe:								Telefonszáma:			
								Vizsgálatot kérő orvos neve:			
Beküldő kód:								Pecsétszáma:			
Naplósorszám/ Törzsszám:								Aláírása, pecsétje:			
								ORVOSI PH			

Beteg neve:				Neme: <input type="checkbox"/> férfi <input type="checkbox"/> nő		Állampolgársága:	
Foglalkozása:				TAJ száma: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Születési ideje: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hó <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nap				Anyja neve:			
Lakcím: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

Térítési kategória: járványügyi vizsgálat
OEP finanszírozott diagnosztikus vizsgálatok:

járóbeteg szakellátás alapellátás
 államközi szerződés
 menedékes menekült

Térítési vizsgálatok:

fekvőbeteg szakellátás Munkaalkalmassági
 Szűrővizsgálat Nem biztosított egyéb

Betegség kezdete:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beutaló kelte:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mintavétel ideje:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Minta beérkezés ideje:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Minta sorszáma:	

A laboratórium tölti ki!

Kért virológiai vizsgálat:

Hepatitis A szerológia (antitest) Hepatitis B szerológia (HBsAg)
 Hepatitis A szerológia (antitest) - sürgős Hepatitis B szerológia (anti-HBc)
 Hepatitis B szerológia (anti-HBs)
 Hepatitis C szerológia (antigén/antitest) HIV-1,2 szerológia (antigén/antitest)

Kért luesz szerológiai vizsgálat:

TPPA (szűrés, diagnosztika)
 TPPA +RPR (beteg követése)

Diagnózis:	BNO kód:	<input type="checkbox"/> Gravida:hét
Kórelőzmény:	Tünetek:	
<input type="checkbox"/> Első vizsgálat <input type="checkbox"/> Ismételt vizsgálat, az előző vizsgálat eredménye:		

A laboratórium **nem dolgozza fel a vizsgálati mintát**, ha a kísérőlap hiányosan/olvashatatlanul kitöltött, ha a mintán és a kéréslapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek, ha a vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan, vagy ha a vétele/szállítása nem megfelelő módon történt.

A laboratórium csak a kéréslapon felsorolt vizsgálatokat végzi. A felsorolásban nem szereplő vizsgálat kérése esetén konzultáljon a laboratóriummal.

A laboratórium a vizsgálati eredményt **kizárólag a beküldő** egészségügyi szolgáltató címére postázza.