

Területi ellátás szempontjából illetékes laboratórium

Sürgősség esetén tegyen X-et a cellába.
Sürgősséggel CSAK a sürgős paletta
vizsgálatai igényelhetők!Sürgősség
megerősítő
pecsétje

Orvos megerősítő aláírása sürgősség esetén

P Á C I E N S	Név:											TAJ szám:													
	Születési név:											Születési dátum:													
	Anyja neve:											Diagnózis (BNO):													
	Lakcím:							ir.sz.	helység			utca		háysz.		Terápia:									
Páciens telefonszám:				Nem:		ffi		nő	Térítés:			1-es (OEP)		4-es (privát)		E (EU bizt.)	Egyéb:.....								
B E K Ü L D Ő	Beküldő:											Orvos neve:													
	Beküldő 9 jegyű kódja:											Orvos telefonszáma:													
	Napló sorszám:											Beutalás dátuma:													
M I N T Á	Mintavétel ideje:					év					hó				nap					óra				perc	
	Gyűjtött vizelet mennyisége:					ml/					óra														
E G Y É B	Előjegyzett időpont:					év					hó				nap					óra				perc	
	Előjegyzés azonosító:																								

Körpecsét
és aláírás

Laboratóriumi vonalkód

ELŐJEGYZÉS NÉLKÜL, SÜRGŐSSÉGGEL IS KÉRHETŐ, AZNAPI ELKÉSZÜLÉSEL				KIZÁRÓLAG ELŐJEGYZÉS ESETÉN IGÉNYELHETŐ VIZSGÁLTATOK			
Teljes vérkép (5 diff fvs)	L	Glukóz	N	Koleszterin (14)	N	Hemoglobin A1C	L
		Karbamid	N	Triglicerid (14)	N	(Egy éven belül 4 kérhető)	
		Kreatinin + eGFR	N				
Protrombin (INR + sec)**	K	Nátrium	N	Vas (14)	N	Glukóz időpontokban	SZ
		Kálium	N	Transzferrin (14)	N	(Az időpont jelzése kötelező a mintavételi csöveken is!)	
Teljes vizelet (9 param.+ bakteriuria kim.+ül.)	V	Kalcium	N	Klorid	N	időpont	SZ
		Összbilirubin	N	Foszfát	N	időpont	SZ
		GOT (ASAT)	N	Magnézium	N	időpont	SZ
		GPT (ALAT)	N	LDH	N	időpont	SZ
		AP (Alkalikus foszfatáz)	N	Összfehérje	N	Vizelet mikroalbumin	V
		Amiláz	N	Albumin	N	(ha gyűjtött, adja meg a gyűjtési mennyiséget is!)	
		CRP (C-reaktív protein)	N	Húgysav	N		
				Reuma faktor	N		
				AST (Anti-sztreptolizin O)	N	Vizelet amiláz	V
				TSH (31)*	N		
							EGYÉB OEP FINANSzíROZOTT VIZSGÁLTAT
							EGYÉB VIZSGÁLTAT (BETEG TÉRÍTI)
							Kérőlapon bejelölt vizsgálatok száma
							Kérőlapon kézzel írt vizsgálatok száma

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

Hiányosan, hibásan, olvashatatlanul kitöltött kérések esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban elvégezni!

A vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) minden esetben kötelező feltüntetni!**A KÉRŐLAP ORVOSI KÖRPECSET ÉS ALÁÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN!**

A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!

Időkorlátlanul nem kérhető vizsgálatok mögött zárójelben egy szám látható, mely az időkorlát idejét jelenti napokban megadva!

*-gal jelzett vizsgálat: referencia tartományon kívül eső TSH esetén FT4 és FT3 vizsgálat történik.

**-gal jelzett vizsgálatnál az antikoaguláns terápia megadása kötelező!

A bejelölt (igényelt) vizsgálatok számát minden esetben kérjük feltüntetni!

MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ:

N: Natív vérvételi cső**L:** Lila kupakos cső (EDTA)**K:** Kék kupakos cső (citrátos)**SZ:** Szürke kupakos cső (Na-F)**V:** Vizeletes műanyag cső**S:** Széklettartály