

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		házs.		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 jegű kódja:						Orvos telefonszám:																					
	Napló sorszám:						Beutalás dátuma:																					
													Orvos pecsétje:															
M I N T A	Mintavétel ideje:					év					hó					nap					óra					perc		
	Gyűjtött vizelet mennyisége:					ml/					óra																	
	Előjegyzett időpont:					év					hó					nap					óra					perc		
E G Y É B	Előjegyzés azonosító:																											
	Laboratóriumi vonalkód																											

ELŐJEGYZÉS NÉLKÜL, SÜRGŐSSÉGGEL IS KÉRHETŐ, AZNAPI ELKÉSZÜLÉSSEL				KIZÁRÓLAG ELŐJEGYZÉS ESETÉN IGÉNYELHETŐ VIZSGÁLTATOK																											
Teljes vérvkép	L	Glukóz	N	Koleszterin (14)	N	Hemoglobin A1C	L																								
(5 diff fvs)		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	V	Kalcium	N	Klorid	N	időpont	SZ																								
(9 param.+ bakteriuria kim.+ül.)				Foszfát	N	időpont	SZ																								
Széket humán vér	S	Összbilirubin	N	Magnézium	N	időpont	SZ																								
		GOT (ASAT)	N	LDH	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																										

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:	MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ:
<p>Hiányosan, hibásan, olvashatatlanul kitöltött kérőlap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban elvégezni!</p> <p>A vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) minden esetben kötelező feltüntetni!</p> <p>A KÉRŐLAP ORVOSI KÖRPECSÉT ÉS ALÁÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN!</p> <p>A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!</p> <p>Időkorlátlan belül nem kérhető vizsgálatok mögött zárójelben egy szám látható, mely az időkorlát idejét jelenti napokban megadva!</p> <p>*-gal jelzett vizsgálat: referencia tartományon kívül eső TSH esetén fT4 és fT3 vizsgálat történik.</p> <p>** -gal jelzett vizsgálatot a Synlab Dunaújvárosi Laboratórium nem végzi.</p> <p>A bejelölt (igényelt) vizsgálatok számát minden esetben kérjük feltüntetni!</p>	<p>N: Natív vérvételi cső</p> <p>L: Lila kupakos cső (EDTA)</p> <p>K: Kék kupakos cső (citrátos)</p> <p>SZ: Szürke kupakos cső (Na-F)</p> <p>V: Vizeletes műanyag cső</p> <p>S: Széklettartály</p>