

Név:			Synlab telephely:			LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON
Születési név:			Beküldő (név, cím, pecsét)			
TAJ:	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		9 jegyű kód:	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
Születési dátum:	Nem:	□ ffi □ nő	Orvos neve:	Orvos telefon:		
Terhességi hét:			Térítés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fizető <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Csekkel előre * <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Átutalás előre * <input type="checkbox"/>
Páciens telefon:			Törzsszám (fekvő beteg)	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Orvosi körpecsét és aláírás
Lakcím (írsz., helység):	□ □ □ □ □ □ □ □		Befizetés azonosító:			
Lakcím (utca,hsz.):			Számlázási név, cím:			
Iránydiag./BNO			Továbbító kód:			Pecsét szám: □ □ □ □ □ □
Vizsgálat célja:			Mintavétel dátuma:	Beutaló kelte:		
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:						
Beküldő orvos egyéb közlése:						

VÍRUSOK		
HIV-1 antigén, HIV-1,2 antitestek		N
Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgM poz. esetben IgG aviditás is)		N
Cytomegalovírus IgG aviditás (csak pozitív IgG eredmény esetén végezhető el)		N
Epstein-Barr vírus /EBV/ antitestek (IgM, EBNA IgG, VCA IgG)		N
Herpes simplex vírus antitestek (HSV1 és HSV2)		N
Hepatitis A vírus /HAV/ antitestek		N
Hepatitis B vírus /HBV/ panel (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc)		N
Hepatitis B vírus /HBV/ HBsAg (pozitív esetben konfirmációval kiegészítve)		N
Hepatitis B vírus /HBV/ Anti-HBs anitest		N
Hepatitis B vírus /HBV/ Anti-HBc antitest (pozitív esetben anti-HBc IgM is)		N
Hepatitis B vírus /HBV/ HBeAg		N
Hepatitis B vírus /HBV/ anti-HBe antitest		N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek		N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitest megerősítés immunoblottal		N
Hepatitis E vírus /HEV/ antitestek		N
Parvovirus B19 antitestek		N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)		N

KITÖLTÉSI INFORMÁCIÓK
N: Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető).
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréslaphoz kell csatolni, hiányában eredmény nem adható ki! A mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) minden esetben kérjük feltüntetni!

BAKTÉRIUMOK		
Bartonella antitestek		N
Borrelia antitestek immunoblot módszerrel		N
Chlamydia pneumoniae antitestek		N
Chlamydia trachomatis antitestek		N
Helicobacter pylori antitest		N
Legionella antitestek		N
Treponema pallidum /Lues/ RPR és spec. IgG, IgM antitestek		N
Treponema pallidum antitestek immunoblot módszerrel		N
Mycoplasma pneumoniae antitestek		N
Yersinia antitestek		N

PARAZITÁK		
Toxoplasma gondii antitestek		N
Toxoplasma gondii IgG aviditás (csak pozitív IgG eredmény esetén végezhető el)		N
Toxocara antitest		N
Echinococcus antitest		N
Echinococcus megerősítés (immunoblot)		N

OLTOTTÁGI VIZSGÁLATOK (csak szűrés céljából)			
Morbilli vírus IgG	N	Diphtheria IgG	N
Mumps vírus IgG	N	Pertussis IgG	N
Rubeola vírus IgG	N	Tetanus IgG	N
Kullancsencephalitis (TBE) IgG	N	Haemophilus infl. b IgG	N
		Pneumococcus IgG	N

PANELBEN KÉRHETŐ VIZSGÁLATOK A FENTIEKBŐL		
TORCH panel alap (CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma)		N
TORCH panel teljes (CMV, HSV, Rubeola, Toxoplasma, Parvovirus B19, Varicella zoster, Treponema pallidum)		N