

Név:		Synlab labor: <input type="checkbox"/>		LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:		Beküldő (név, cím, pecsét)			
TAJ: <input type="text"/>		9 jegyű kód: <input type="text"/>			
Születési dátum: <input type="text"/>		Orvos neve: <input type="text"/>		Orvosi körpecsét és aláírás	
Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>		Orvos telefon: <input type="text"/>			
Terhességi hét: <input type="text"/>		Térítés módja: <input type="checkbox"/> OEP járó <input type="checkbox"/> Privát <input type="checkbox"/> E (EU bizt.) <input type="checkbox"/> Egyéb <input type="checkbox"/>			
Páciens telefon: <input type="text"/>		Napló sorszám: <input type="text"/>			
Lakcím (irsz., helység): <input type="text"/>		Számlázási név, cím: <input type="text"/>			
Lakcím (utca,hsz.): <input type="text"/>		Továbbító kód: <input type="text"/>			
Mintavétel dátuma: <input type="text"/>		Beutaló kelte: <input type="text"/>		Pecsét szám: <input type="text"/>	
Iránydiag./BNO		Terápia: <input type="text"/>			
Vizsgálat célja: <input type="text"/>		Első vizsgálat: <input type="checkbox"/>		Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/>	
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete: <input type="text"/>		Előző vizsgálat eredménye: <input type="text"/>			
Beküldő orvos egyéb közlése: <input type="text"/>		Kérőlapon bejelölt vizsgálatok száma: <input type="text"/>		Kérőlapon kézzel írt vizsgálatok száma: <input type="text"/>	

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
HBsAg (pozitív esetben konfirmációval kiegészítve)	1 N
Anti-HBs antitest	N
Anti-HBc antitest (pozitív esetben anti-HBc IgM is)	N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek (poz. esetben konfirmáció: immunoblottal)	N
Hepatitis E vírus /HEV/ antitestek	N
Parvovírus B19 antitestek	N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)	N

PARAZITÁK

Toxoplasma gondii antitestek (IgM poz. esetben IgA, IgG aviditás is)	N
----------------------------------------------------------------------	---

BAKTÉRIUMOK

Borrelia antitestek (pozitív esetben megerősítés immunoblottal)	N
Chlamydia pneumoniae antitestek	N
Chlamydia trachomatis antitestek	N
Mycoplasma pneumoniae antitestek	N
Helicobacter pylori antitest	N
Legionella antitestek	N
Treponema pallidum /Lues/ RPR és spec. IgG, IgM antitestek (pozitív esetben megerősítés immunoblottal)	1 N

EGYÉB OEP FINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI INFORMÁCIÓK

1	Terhességvizsgálás keretében- szűrővizsgálatként - a járványügyi feladatok elvégzésére kijelölt laboratórium végzi közfinanszírozott formában.
N	Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető)
♥	Kérjük, tüntesse fel a területi ellátási kötelezettség szempontjából illetékes Synlab telephelyet. Laboratóriumaink OEP finanszírozott formában a területi ellátási kötelezettségbe tartozó páciensek mintáit fogadják.
	A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen! Hiányosan, hibásan, olvashatatlanul kitöltött kéréslap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban elvégezni. Az OEP felé kötelezően jelentendő adatok hiányában vagy hibás kitöltése esetén a laboratórium jogosult a vizsgálati díj számlázására a beküldő felé. A mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) és a bejelölt (igényelt) vizsgálatok számát minden esetben kérjük feltüntetni!
	A KÉRŐLAP ORVOSI KÖRPECSÉT ÉS ALÁÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN!