

Név:		Synlab Nyiregyházi		LABORÁTORIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON!	
Születési név:		Magán Vértvételi Hely			
TAJ:		4400 Nyiregyháza		Orvosi körpécset és aláírás	
Születési dátum:		Árok u. 41.			
Terhességi hét:		6.9		Orvos néve:	
Páciens telefon:		9 jegyű kód:			
Lakcím (ország, helység):		Orvos telefon:		Térítés módja: <input type="checkbox"/> <i>Helyben fizető</i> <input type="checkbox"/> <i>Csekkel előre*</i> <input type="checkbox"/> <i>Átutalás előre*</i> <input type="checkbox"/> <i>Szerződött / Fekvő</i>	
Lakcím (utca, házsz.):		Törzsszám (tekvő beteg):			
Irányítóg./ BNO		Befizetés azonosító:		Számlázási név, cím:	
Vizsgálat célja:		Továbbító kód:			
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:		Mintavétel dátuma:		Beutaló kelte:	
Beküldő orvos egyéb közlése:		Terápiá:		Pecset szám:	
		Első vizsgálat: <input type="checkbox"/>		Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/>	
		Előző vizsgálat eredménye:			
TOVÁBBI TÁJÉKOZTATÁS, GYAKORLAT					

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 antitest	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
Parvovírus 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 kéréshez 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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 (IgM poz. esetben IgA, IgG aviditás is)	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
		Haemophilus infl. b IgG	N
Kullancsencephalitis (TBE) 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, Parvovírus B19, Varicella zoster, Treponema pallidum)	N

