

Név:.....

Születési idő: év hó nap

TAJ szám: - -

Nem: férfi nő

Azonosítási szám, vagy jel:.....

A vérvétel dátuma: év hó nap

Mintatípus: natív EDTA savó / plazma egyéb

Azonosítási szám anonim szűrvizsgálat esetén:

Az eredeti beküldő intézmény neve:

címe (telefon):

beküldő kódja: - -

A vizsgálatot kérő orvos neve, pecsétje:

A vizsgálat kezdeményezésének módja: Szűrvizsgálat: önkéntes kötelező Diagnosztikus vizsgálat

A finanszírozás módja: Finanszírozott betegellátás: járóbeteg fekvőbeteg fizetős vizsgálat

Térítésmentes szűrvizsgálat menekült egyéb:.....

A verifikálást kérő laboratórium neve:

címe, (telefon):

beküldő kódja: - -

A verifikálást kérő diplomás neve (pecsétje):.....

A vizsgálati teszt neve:.....

Mért érték: OD és Co:, TV és Co:, OD / Co:

Alkalmaz-e, vagy alkalmazott-e az elmúlt időszakban pre-expozíciós profilaxist (PrEP) a páciens? igen nem

Az orvos egyéb közlése:..... (hátdoldalon folytatható)

Dátum:.....

Aláírás és pecsét

Megjegyzés: A vizsgálatra **legalább 5 ml natív vérmintát** vagy **1 ml vérsavót** kérünk jól zárható vérvételi csőben beküldeni. Ennél kevesebb mintából nem tudjuk elvégezni a szükséges vizsgálatokat.

A vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan (vagy csak korlátozottan alkalmas) ha az anyag vétele/tárolása/szállítása nem megfelelő módon történt. A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap olvashatatlan, illetve ha a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.

Emrl72-02-M12 (1) formanyomtatvány

NNGYK – Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály – HIV verifikációs vizsgálathoz

NNGYK MRLF
VONALKÓD HELYE

(Az azonosítási szám a vérvételt végző egészségügyi szolgáltató működési engedélyének számából és a vérvétel dátumából, továbbá a vérvételi napló sorszámból képzett szám).