

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos kódja (pecsétszám):

Ellátás tényét igazoló adat:

Címzett laboratórium:**Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ**

Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály

1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. **vagy****1437 Pf. 777.****Tel: (1) 476-1100 vagy (1) 476-1356****NNGYK MRLF
VONALKÓD HELYE****Szérum azonosítási száma:**

(Az azonosítási szám a vérvételt végző egészségügyi szolgáltató működési engedélyének számából és a vérvételt végző egészségügyi szolgáltatónál lévő kódjából áll (általában a vérvételi napló sorszáma).

Generált szám:*A generált szám kitöltését
csak a kábítószerhasználó
rizikócsoportnál kérjük!***TAJ szám:****Generált szám:** a kliens azonosítására szolgáló 6 karakterű kód, melynek képzése egységes algoritmus szerint történik az ellátórendszer minden pontján. Képzés módja (karakter sorszáma / képzés módja):

1. Kliens vezetéknevének második betűje, ékezet nélkül
2. Kliens első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül
3. Kliens születési dátumának negyedik karaktere (ééÉÉhhnn)
4. Kliens születési dátumának nyolcadik karaktere (éééÉhhN)
5. Kliens édesanyja leánykori vezetéknevének második karaktere, ékezet nélkül
6. Kliens édesanyja leánykori első keresztnévének harmadik karaktere, ékezet nélkül

Név:.....

A név kitöltése kötelező a HIV státusz hivatalos igazolására szolgáló vizsgálat esetén (lásd 12-18. vizsgálati kategória)

Születési idő:**A vérvétel dátuma:****Kért vizsgálat:** HIV antigén/antitest kimutatás Egyéb:.....**A kezdeményezés módja:** önkéntes kötelező**Vizsgálati kategória:** 1. Anonim 8. Intravénás (IV) kábítószer használó 12. Idegenrendészeti célú 2. Nemi beteg

8/a opiát -fogyasztó (IV)

 13. Külföldre utazó 3. HIV fertőzött személy partnere

8/b nem nem-opiát fogyasztó (IV)

 14. Prostitúált 4. HIV fertőzött anya újszülöttje 9. Kábítószer használó (nem IV) 15. Mesterséges megtermékenyítés 5. Gravida 10. Egyéb:..... 16. Szövet-, szerv-, őssejt donor 6. Egészségügyi dolgozó 11. Ismeretlen 17. Anyatejet adományozó nő 7. Büntetésvégrehajtási intézetben fogvatartott 18. HIV-expozíció / sérülés miatt első vizsgálat ismételt vizsgálat18/a sérült 18/b forrás

Előző vérminta azonosítási száma:..... Előző vérminta vérvételének ideje:.....

Az orvos egyéb közlése:

Dátum:..........
Az orvos aláírása és pecsétje**Megjegyzés:**

A vizsgálatra legalább 2 ml savót vagy plazmát kell jól zárható műanyag csőben beküldeni. A parafilmmel, papírvattával lezárt cső szállításra nem alkalmas!