

Név:		Synlab telephely:		LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:		Beküldő (név, cím, pecsét)			
TAJ:		9 jegyű kód:			
Születési dátum:		Orvos neve:			
Terhességi hét:		Orvos telefon:		Orvosi körpecsét és alíírás	
Páciens telefon:		Térítés módja:			
Lakcím (irsz., helység):		Törzsszám (fekvő beteg)			
Lakcím (utca,hsz.):		Befizetés azonosító:			
Iránydiag./BNO		Számzási név, cím:		Pecsét szám:	
Vizsgálat célja:		Továbbító kód:		Mintavétel dátuma:	
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:		Terápia:		Beutaló kelte:	
Beküldő orvos egyéb közlése:		Első vizsgálat:		Pecset szám:	
		Ismételt vizsgálat:		Első vizsgálat eredménye:	

VÍRUSOK	
HIV-1 antigén, HIV-1,2 antitestek	N
Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgM poz. esetben IgG aviditás is)	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
Mumps vírus antitestek	N
Parvovírus B19 antitestek	N
Rubeola vírus antitestek	N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)	N

BAKTÉRIUMOK	
Bartonella antitestek	N
Borrelia antitestek immunoblot módszerrel	N
Chlamydia panel (C. pneumoniae, C. psittaci, C. trachomatis)	N
Chlamydia pneumoniae antitestek	N
Chlamydia psittaci 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 (IgM poz. esetben IgA, IgG aviditás is)	N
Toxocara antitest	N
Echinococcus antitest	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 kérőlapozh kell csatolni, hiányában eredmény nem adható ki! A mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) minden esetben kérjük feltüntetni!

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