


Beküldő neve:	Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó		
Beküldő címe:	2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.		
Név:	9 jegyű kód: SZTANCSIK		
Születési név:	Orvos neve:	Tel:	Pecset száma: <input type="text"/>
TAJ/ID: <input type="text"/>	Térítés módja: <input type="checkbox"/> Helyben fizető <input type="checkbox"/> Csekket előre* <input type="checkbox"/> Átutalás előre* <input checked="" type="checkbox"/>	Szerződéses <input type="checkbox"/>	
Születési dátum: Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>	Befizetés azonosító:	Beutaló kelte:	
Lakcím (helység): Tel: <input type="text"/>	Számlázási név:	Mintav. dátuma:	
Lakcím (utca,hsz.):	Számlázási cím:	*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kérőlapozh kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.	
Iránydiag./ BNO: <input type="text"/>	Terhességi hét: <input type="text"/>	Leletküldési e-mail: sztancsikeleonora@gmail.com	

HEMATOLÓGIA		KLINIKAI KÉMIA		KLINIKAI KÉMIA		TUMOR MARKEREK		AUTOANTITESTEK	
Vvt süllyedés	L	Glukóz	F	LDH	N	CA-125	N	Harántcsikoltizom ell.at.	N
Vérkép automatával (5 diff)	L	Ujjbegyes vérc.		CK	N	HE4 válasszon típust	N	Aquaporin-4 (NMO) at.	N
Vérkép + Retikulocita	L	Terhelés		CK-MB	N	CA 15-3 (emlő)	N	Onkoneuronális at.-ek	N
Perifériás vérkenet (csak vérképpel együtt!)		Glu 0 perc (időpont)	F	Kardiális Troponin	N	CA 72-4 (gyomor)	N	MAG-IgM	N
		Glu 30 perc (időpont)	F	BNP	L	CA 19-9 (hasnyálmirigy)	N	Anti-C1q antitest	N
		Glu 60 perc (időpont)	F	α-Amiláz	N	AFP (Alfa-feto-protein)	N	Foszfátidilszerin IgG ell.at.	N
Protrombin (INR)	K	Glu 90 perc (időpont)	F	Lipáz	N	CEA (emésztőtraktus)	N	Foszfátidilszerin IgM ell.at.	N
APTI	K	Glu 120 perc (időpont)	F	Homocisztein	◆ L	PSA (Prosztata spec.ag.)	N	Acetylcholin rec. ell.at.	N
Trombin idő	K	Fruktózamin	N	Véralkohol (plazma)	* F	FPSA (Szabad PSA)	N	Infertilitás panel I	N
Fibrinogén	K	Hemoglobin A1c	L	ENDOKRINOLÓGIA		proPSA csoport	N	Infertilitás panel II	N
D-dimer	K	Karbamid	N	T4 szabad frakció (FT4)	N	Cyfra-21	N	Infertilitás panel III	N
NEM GYÚJTOTT VIZELET		Kreatinin (+ eGFR)	N	T3 szabad frakció (FT3)	N	NSE (Neurospec.Enoláz)	N	Trombophilia imm. panel	N
Teljes vizelet + üledék	V	Húgysav	N	TSH (szuperszenzitív)	N	S100 protein	N	ASCA IgG/IgA	N
Vizelet kalcium	V	Cisztatin C	N	Reverz T3	N	Béta2-mikroglob.(szérum)	N	Autoimmun bőrbetegség	N
Vizelet kreatinin	V	Nátrium	N	Thyreoglobulin	N	Béta2-mikroglob.(vizelet)	V	Spermium ell.at.(ejakulátum)	T
Vizelet foszfát	V	Kálium	N	D-vitamin	N	TPA (Szöveti polipept. ag.)	N	Spermium ell.at.(szérum)	N
Vizelet mikroalbumin	V	Klorid	N	Béta-crosslaps	N	Chromogranin A	N	IMMUNOLÓGIA	
Vizelet összefehérje	V	Kalcium	N	Oszteokalcin	N	M2-PK marker (széklet)	S	Fehérje ELFO (szérum)	N
Vizelet amiláz	V	Foszfát	N	Kalcitonin	◆ N	AUTOANTITESTEK		ELFO+Paraprot. azon.(sz)	N
Terhességi teszt	V	Magnézium	N	Parathormon (PTH)	N	Reuma faktor (RF)	N	Fehérje ELFO (vizelet)	V
Vizelet drogteszt (5 param.)	V	Réz	N	Anti Müllerian Hormon	N	Anti-CCP (filaggrin)	N	Anti-streptolizin O (AST)	N
Vizelet drogteszt (12 param.)	V	Cöroloplazmin	N	Inhibin B	N	ANA BLOT (18 param.)	N	Immunglobulin A	N
GYÚJTOTT VIZELET		Szelén	N	Foll. stim.hormon (FSH)	N	ANA(ELISA)+ENA screen	N	Immunglobulin G	N
Mennyiség és idő megadása kötelező!!!		Cink	N	Luteinizáló hormon (LH)	N	ANA Hep-2 IF	N	Immunglobulin M	N
		Cink (ejakulátum)	T	Prolaktin (PRL)	N	ENA	N	IgG alosztályok (G1-G4)	N
ml /óra		Fruktóz (ejakulátum)	T	Ösztradiol (E2)	N	ds-DNS	N	Komplement C3	N
		Összfehérje	N	Progeszteron	N	Foszfolipid at. szűrés	N	Komplement C4	N
Vizelet glukóz	V	Albumin	N	17-OH-Progeszteron	N	Kardiolipin ell.at (szűrés)	N	C1 eszteráz inhibitor	N
		Alfa-1 antitripszin	N	SHBG	N	Annexin IgG, IgM	N	(aktivitás, inhib. konc.)	K
		CRP	N	Totál tesztoszteron	N	Prothrombin elleni at.	N	TNF- alfa	N
Vizelet nátrium	V	CRP (ultraszenzitív)	N	Szabad és biológiaiilag aktív tesztoszteron	N	Foszfátidil-inozitol elleni at.	N	N-alfa-glukozidáz (ejakulátum)	T
Vizelet kálium	V	Prokalcitonin	N	DHEA-S	N	Autoimmun myositis profil	N	PMN elasztáz (ejakulátum)	T
Vizelet klorid	V	Haptoglobin	N	Totál HCG	N	ANCA mintázat, titer	N		
Vizelet kalcium	V	Vas	N	Renin	◆ L	ANCA profil	N	GYÓGYSZERSZINT	
Vizelet foszfát	V	Transzferrin	N	Aldoszteron	◆ L	GBM antitest	N	Digoxin	N
Vizelet magnézium	V	Szol.transzf.receptor	N	ACTH	◆ L	Szövetspec.autoat.profil	N	Lítium	N
Vizelet karbamid	V	Ferritin	N	Kortizol (szérum)	N	Autoimmun májbetegség pr.	N	Fenitoin	N
Vizelet kreatinin	V	Fólsav	N	Kortizol (nyál)	db Y	Intrinsic fakt. elleni at.	N	Valproinsav (Valproát)	N
Vizelet húgysav	V	B12 vitamin	N	Androsztendion	N	Cóliákia szűrés	N	Karbamazepin	N
Vizelet összfehérje	V	Koleszterin	N	HOMA index		EMA IgA	N	Fenobarbitál	N
Vizelet mikroalbumin	V	Triglicerid	N	C-peptid	◆ N	EMA IgG	N	EGYÉB SPEC	
Vizelet réz	V	HDL-koleszterin	N	Növekedési hormon	◆ N	Deamidált gliadin peptid IgA	N	Terhességi AFP+MoM	N
Vanililmandulasav	V	LDL-koleszterin	N	IGF-1	◆ N	Deamidált gliadin peptid IgG	N	Karboxihemoglobin (CO-Hgb)	Z
5-HIAA	V	Lipoprotein (a)	N	Inzulin	N	Enterocyta elleni at.	N	Methemoglobin	Z
Kortizol (vizelet)	V	Összbilirubin	N	Inzulin rezisztencia		Anti-TPO	N		N
SZÉKLET		Konjugált bilirubin	N	Inzulin időpontban 0 perc	N	Thyreoglobulin autoat.	N	MINTAVÉTEL	
Széklet humán vér	db S	GOT (ASAT)	N	Inzulin időpontban 30 perc	N	TSH receptor autoat.	N	N (natív)	
Calprotectin (mennyiségi)	S	GPT (ALAT)	N	Inzulin időpontban 60 perc	N	Pancreas szigets.autoat.	N	L (Ila, EDTA)	
		GGT	N	Inzulin időpontban 90 perc	N	Szteroid termelő sejt at.	N	Z (zöld,Li-heparinos)	
		Alkalkikus foszfátáz (AP)	N	Inzulin időpontban 120 perc	N	Ovárium (petefészek) elleni at.	N	K (kék), F (szürke)	
EGYÉB KÉRÉSEK		Csontspecifikus AP	N	Inzulin időpontban 180 perc	N	Zona pellucida elleni at.	N	V (vizelet), S (széklet)	
Vesekő analízis	T	Pszeudokolinészteráz	N					T (tiszt), Y (nyál)	



NEMZETKÖZI SYNLAB HÁLÓZAT VIZSGÁLTATKÉRŐ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLATOKHOZ

Név:		Beküldő neve:		Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó		Orvosi körpecsét	
Születési név:		Beküldő címe:		2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.			
TAJ/ID:		9 jegű kód:		SZTANCSIK		Orvos aláírása	
Születési dátum:		Orvos neve:		Tel:			
Lakcím (helység):		Térítés módja:		<input type="checkbox"/> Helyben fizető <input type="checkbox"/> Csekkel előre* <input type="checkbox"/> Átutalás előre* <input checked="" type="checkbox"/> X		Pecsét száma: <input type="text"/>	
Lakcím (utca,hsz.):		Befizetés azonosító:		Beutaló kelte:		Mintav. dátuma:	
Iránydiag./BNO:		Szamlázási név:		Mintav. dátuma:			
		Szamlázási cím:		Leletküldési e-mail:		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréshez kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.	
				sztancsikeleonora@gmail.com			

A KÉRŐLAPON TALALHATÓ VIZSGÁLATOKRA KÜLÖN MINTAVÉTELI CSŐ LEVÉTELE SZUKESGES!!!

Amennyiben nem találja egyik kérésponcton sem az igényelni kívánt vizsgálatot, kérjük írjon az ugyfelszolgalat@synlab.com e-mail címre!

KLINIKAI KÉMIA		KOD	ENDOKRINOLÓGIA		KOD	VITAMINOK					
Amiláz izoenzim (makroamiláz)	MAM	N	Adiponektin	2	ADIN	N	Coenzym Q10	CQ10	2	N	
CK izoenzim (makro-CK)	MCK CKISO	N	Adrenalin	2	ADRE	N	Vitamin A	AVIT	2	N	
Amyloid A	SAA	N	Noradrenalin	2	NORA	L	Vitamin C	CVIT	1	N	
Angiotenzin konvertáló enzim	ACE	N	Dopamin	2	DOPA	L	Vitamin E	EVIT	2	N	
LDH-izoenzim elektroforézis	LDHISO	N	Metanephrin	2	METAN	L	Vitamin K	VITK	2	5	
SFLT1-PLGF ratio	SFPLR	N	Normetanephrin	2	NMETA	L	Vitamin D3	VITD3	2	N	
Erythropoetin	EPO	N	Parathormon related peptid	1	PTHRP	L	Vitamin D2	VITD2	2	N	
Triptáz	TRYPTA	N	Leptin	2	LEPT	N	Vitamin B1	VITB1	8	L	
Interleukin 2	1	IL2	Melatonin (reggel 8 órakor vehető le!)	2	MELA	N	Vitamin B2	VITB2	8	L	
Interleukin 2 receptor (solubilis)	1	IL2LR	CT-pro-vasopressin (ADH)	3	PAVP	N	Vitamin B3	VITB3	2	N	
Szabad kappa könnyűlánc	FKLKS	N	IGF2	1	IGF2	N	Vitamin B5	PANT	2	N	
Szabad lambda könnyűlánc	FLLKS	N	IGFBP-3	1	IGFBP	N	Vitamin B6	VITB6S	2	N	
Lipoprotein asszociált foszfolipáz A2 PLAC teszt	LPPLA2	N	Dihydro-testosteron		DHT	N	Vitamin H	VITH	2	N	
Lipoprotein profil	6	LIPGEL	11-desoxycortisol		DCORT	N	Holo-transcobalamin		2	N	
Apolipoprotein A1	APOLA1	N	11-desoxycorticosteron		DOC	N	(Aktív B12 vit.)	HOLTC		N	
Apolipoprotein A2	APOLA2	N	Gasztrín	1	SGASTR	N	ELŐRE EGYEZTETETT				
Apolipoprotein B	APOLB	N	Szerotonin	1	SEROP	L					
Apolipoprotein E	APOLE	N	Jód vizsgálat (szérum)		JOD	N					
Very Long Chained Fatty Acid (VLCFA)	VLCFA	N	Thyroxine-Binding Globulin		TBG	N	GYÚJTOTT VIZELET MENNY.				
Epesav	CHGL	N	HORMON 24 ÓRAS GYÚJTOTT VIZELETBŐL								
Egyedi ALLERGEN (külön kérésapon!)	◆		Jód vizsgálat (vizelet)		IUT	V				L/24h	
			Metanephrin (vizelet)	4	META24	V	MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ				
			Normetanephrin (vizelet)	4	NMET24	V	1	A mintát azonnal centrifugálni, a felülúszót fagyasztni kell!			
Quantiferon	6	TBQUAN	Katecholaminok (adrenalin,noradrenalin,dopamin)	4	CATE	V	2	Aznap fagyasztható! Vérminta esetén felülúszó fagyasztható!			
			Szteroid hormon profil		STERPU	V	3	8 óras szomjazást követően!			
Válasszon a legördülő listából, vagy írja be a Quantiferon vizsgálat célját!			androszteron, androszterondiol-17B, androszténtriol-16 alfa, DHEA, ósztion (E1), ósztriadol (E2), ósztriol (E3), pregnandiol, pregnenolon, cortolon, corton, tetrahydro-11-dezoxi cortisol (THS)								
AUTOANTITESTEK		KOD	TUMORMARKEREK		KOD						
CH50	1	CH50	SCC	2	SCC	N	4	24 óras gyűjtött vizelet. A gyűjtőedénybe 20 ml 25%-os sósavat kell önten!			
Desmoglein-1 antitest	DES1	N	Vasoaktív intestinal peptid (VIP)	1	VIP	LX	5	A mintát fénytől védeni kell! (alufóliába tekerendő)			
Desmoglein-3 antitest	DES3	N	CA-50		CA50	N	6	A vizsgálat a Podmaniczky úti telephelyen érhető el, időpont egyeztetés szükséges!			
GAD	GAD	N	HER-2 új onkogén		HER2	N	7	4 órán belül a laborba kell juttatni, fűgálni, fagyasztni!			
Tirozin-foszfátáz (IA2)	IA2	N	Neopterin	5	NEOP	N	8	A teljes vért fagyasztni kell!			
Inzulin elleni antitest	IAA	N	Timidin kináz		TK	N	9	4C-on tárolható, fagyasztni tilos!			
Terápiás humán inzulin elleni antitest	INSA	N	Septin9 (csak az Ó utcai magánvérvételi helyen érhető el)	2	SEP9PC	S		MINTAVÉTEL			
Citrullinált vimentin autoantitest	MCVAK	N									
Cink-transzporter 8 elleni antitest	ZNT8	N									
Gangliozid elleni antitest profil, alap	GANGKL	N	SZÉKLETVIZSGÁLATOK		KOD						
Gangliozid elleni antitest profil, teljes	GANGGR	N	Széket α-1 antitripszin	2	AATST	SK	N	Sárga, natív			
Anti-MUSK antitest	RTYRA	N	Széket β defenzin	2	BDEFST	SK	V	(vizeletes cső)			
Anti-Titin	TITIN	N	Széket albumin	2	ALBST	SK					
			Széket eosinophyl protein X	2	EPXST	SK					
			Széket emésztettség	2	AUSN	SK					
GYÓGYSZERSZINT		KOD	Széket flóra státus	Lelet: magyarul	2	SBY	SK	(spec. kanalas/csöves tartály, külön kell igényelni!)			
Lamotrigin	LAMOT	N	Széket hisztamin	2	HISST	SK	SK				
Levetiracetam	LEVET	N	Széket laktoferin	2	LACST	SK					
Methylphenidate (Ritalin)	MPHEN	N	Széket pancreas specifikus elasztáz	2	BELA1S	SK	K	(kék dugós, citratos cső)			
SPEC. ALVADAS		KOD	Széket PMN elasztáz	2	PMNEST	SK	L	(lila, EDTA-s)			
von Willebrand aktivitás	7	VWFAKT	Széket szekretoros IgA	2	IGAST	SK	LX	(trasylo-EDTA-s cső)			
PAI (Plazminogen aktivator inhibitor)	7	PAI	Széket zonulin	2	ZONST	SK	Q	(Quantiferon szett)			
			Széket epesav	6	9	GALST	SK	S	(2 db sárga, CPDA cső)		

Preanalitikai információ:

- ◆ 2-3 nappal vérvétel előtt, illetve vizeletgyűjtés előtt már kerülje az alábbiakat! Étél: kakaó, kávé, tea, csokoládé, dió, citrusfélék, vanília
- Gyógyszerek (előzetes orvosi egyeztetést követően!): alfa-metildopa, L-Dopa, catecholamin tartalmú gyógyszerek (orrcsepp, hörghőgátló, köhögéscsillapító), vérmásra szedett gyógyszerek: ACE gátló, kalcium antagonisták, alfa2 mimetikumok, teofillin, fenotiazinok, triciklikus antidepresszánsok, alfa1 és béta antagonisták, alfa1 mimetikumok, nitroalicerin, nitroorusszid nátrium.
- ◆ Az egyedi allergén típusát külön kell jelölni az EGYEDI ALLERGEN KÉRŐLAPON!

Érv. dátuma: 2018.11.05-201

www.synlab.hu

SYNLAB
ALLERGIA VIZSGÁLTATKÉRO LAP
PRIVÁT VIZSGÁLTATOKHOZ

Beküldő neve:		Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó		Orvosi körpecsét						
Beküldő címe:		2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.								
Név:	9 jegyű kód:		SZTANCSIK							
Születési név:	Orvos neve:	Tel:	Pecsét száma:		<input type="text"/>					
TAJ/ID:	<input type="text"/>	Térítés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fizető <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Csekkel előre* <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Átutalás előre* <input checked="" type="checkbox"/>					
Születési dátum:	Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő	Befizetés azonosító:	Beutaló kelte:							
Lakcím (helység):	Tel:	Számlázási név:	Mintav. dátuma:							
Lakcím (utca,hsz.):		Számlázási cím:	*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kérelaphoz kell csatolni!							
Íránydiag./BNO:		Leletküldési e-mail:	sztancsikeleonora@gmail.com		A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.					
INHALATÍV 20-AS allergén spec. IgE		N	INHALATÍV 40-ES allergén spec. IgE		N					
NUTRITÍV 40-ES allergén spec. IgE		N	ROVAR allergén spec. IgE		N					
TÁPLÁLÉK INTOLERANCIA allergén spec. IgE		N	VEGYES INH+NUTR allergén spec. IgE		N					
EGYÉB VIZSGÁLTATOK		N	EGYÉB VIZSGÁLTATOK		N					
1	égerfa pollen	1	macska szőr/hám	1	disznóhús	1	méh venom	46	tápanyag	N
2	nyírfa pollen	2	ló szőr	2	marhahús	2	darázs venom			
3	mogyoró pollen	3	szarvasmarha szőr	3	csirkehús			108	tápanyag	N
4	tölgyfa pollen	4	kutya szőr	4	birkahús					
5	fűzfa pollen	5	tengerimalac hám	5	paradicsom			220+	tápanyag	N
6	ecsetpenész (Penicillium notatum)	6	nyúl hám	6	sárgarépa				(online dietetikai tanácsadással)	
7	korompenész (Cladosporium herbarum)	7	hórcsög hám	7	burgonya					
8	kannapenész (Aspergillus fumigatus)	8	patkány hám	8	mustár					
9	élesztőgomba	9	egér hám	9	tőkehal					
10	konidíumos gomba (Alternaria tenuis)	10	egér hám	10	rák					
11	poratka (D. pteronyssinus)	11	tolkeverék háziszárnyas (liba,csirke,kacsa,pulyka)	11	kék kagyló					
12	macska szőr/hám	12	ecsetpenész (Penicillium notatum)	12	tonhal					
13	kutya hám	13	korompenész (Cladosporium herbarum)	13	lazac					
14	perjefélék	14	parlagfű	14	kiwi					
15	réti komócsin	15	fekete üröm	15	manó					
16	rozspollen	16	réti margaréta	16	ananász					
17	tolkeverék háziszárnyas (liba,csirke,kacsa,pulyka)	17	gyermekláncfű	17	narancs					
18	parlagfű	18	aranyvessző	18	alma					
19	fekete üröm	19	égerfa pollen	19	banán					
20	lándzsás utifű pollen	20	mogyoró pollen	20	őszibarack					
21		21	szilfa pollen	21	tehéntej					
22		22	fűzfa pollen	22	alfa-laktalbumin					
23		23	nyárfa pollen	23	béta-laktoglobulin					
24		24	juharfa pollen	24	kazein					
25		25	nyírfa pollen	25	szezám-mag					
26		26	bükkfa pollen	26	sütőélesztő					
27		27	tölgyfa pollen	27	fokhagyma					
28		28	diófa pollen	28	zeller					
29		29	poratka (D. pteronyssinus)	29	mogyoró					
30		30	poratka (D. farinae)	30	paradió					
31		31	házipor	31	mandula					
32		32	csótány	32	kókuszdió					
33		33	lándzsás utifű pollen	33	földimogyoró					
34		34	libatop pollen	34	tojás					
35		35	ballagófű pollen	35	kecsketej					
36		36	juhsóska pollen	36	rozsliszt					
37		37	fűkeverék (csomós ebir, réti csenkesz, angol és réti perje, réti komócsin)	37	zab					
38		38	fükeverék (tavaszi hérics, angol perje, nád, termesztett rozs, pelyhes selyemperje)	38	kukorica					
39		39		39	hajdina					
40		40		40	búzaliszt					
NUTRITÍV 20-AS allergén spec. IgE		N	FABER 244-ES allergia panel		N	123 allergénforrásból: 122 allergén kivonata és 122 molekuláris allergén				
1	tojás		PREANALITIKAI INFORMÁCIÓK			MINTAVÉTELI CSŐ				
2	tehéntej		A szteroid tartalmú gyógyszerek és immunszuppresszív készítmények a vizsgálati eredményeket befolyásolják!			N (sárga dugós, natív cső)				
3	alfa-laktalbumin									
4	béta-laktoglobulin									
5	kazein									
6	tőkehal									
7	búzaliszt									
8	földimogyoró									
9	szója									
10	paradicsom									
11	sárgarépa									
12	burgonya									
13	narancs									
14	alma									
15	banán									
16	őszibarack									
17	szezám-mag									
18	rák									
19	marhahús									
20	kiwi									
21	zeller									
22	mandula									
23	mogyoró									

Érv. dátuma: 2018.11.01-től

www.synlab.hu

Synlab Hungary Kft.	Hozzájárulás minta- és adattovábbításhoz FABER 244-es allergia vizsgálathoz
--------------------------------	--

Alulírott páciens vagy törvényes képviselője	<i>(páciens neve)</i>	
	<i>(születési név)</i>	
	<i>(születési idő)</i>	
	<i>(anyja neve)</i>	

kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy **FABER multiplex allergia tesztre** levett vérmintát és a minta azonosításra, egészségügyi dokumentáció elkészítésére szolgáló személyes adataimat (vezetéknév, keresztnév, nem, TAJ, születési dátum, lakcím, telefonszám, e-mail cím) a PrimaLab (New Health Kft.) mint egészségügyi szolgáltató (cím: 1015 Budapest Ostrom u.16.) a laborvizsgálat elvégzése céljából az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről alapján a PMP EXPRESS LOGISZTIKAI Kft-vel a laborvizsgálatot végző olaszországi Centri Associati di Allergologia Molecolare Laboratorio di Analisi Cliniche Vie Le Pastine, (3 ZIP 04013, Sermoneta-Italy) laboratóriumba továbbítsa és személyes adataimat kezelje. A Centri Associati di Allergologia Molecolare Laboratorio di Analisi Cliniche Vie Le Pastine Olaszországban hatósági engedéllyel működő egészségügyi szolgáltató.

Tudomásul veszem, hogy a laborvizsgálati eredményt írásos formában fogom megkapni a Synlab Hungary Kft-től. A PrimaLab leletküldés-vállalási ideje a minta PrimaLabhoz beérkezését követő 25 munkanap.

Továbbá tudomásul veszem, hogy a laborvizsgálat elvégzését követően a vérmintából megmaradt mintát a Centri Associati di Allergologia Molecolare Laboratorio di Analisi Cliniche Vie Le Pastine 2 hétig tárolja, melyet ezt követően megsemmisít.

Tudomásul veszem, hogy a minta szállítása, feldolgozása során a legnagyobb körültekintés mellett is történhetnek előre nem látható problémák, melyek a minta sérülését, esetleg megsemmisülését eredményezhetik. Tudomásul veszem, hogy ilyen esetben a szolgáltató a mintavételt és küldést saját költséggel megismétli, és kijelentem, hogy ezzel összefüggésben kártérítésre, költségtérítésre igényt nem tartok.

Dátum	
--------------	--

Kérjük bejelölni, amennyiben törvényes képviselő	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Páciens vagy törvényes képviselő aláírása

Törvényes képviselő neve:	
----------------------------------	--

Beküldő neve:		Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó				Orvosi körpecsét
Beküldő címe:		2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.				
Név:	9 jegyű kód:		SZTANCSIK			
Születési név:	Orvos neve:		Tel:		Pecset száma:	<input type="text"/>
TAJ/ID:	<input type="text"/>	Térítés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fizető	<input type="checkbox"/> Csekkel előre*	<input type="checkbox"/> Átutalás előre*	<input checked="" type="checkbox"/> X
Születési dátum:	Nem:	ffi	nő	Befizetés azonosító:	Beutaló kelte:	
Lakcím (helység):	Tel:	Számlázási név:		Mintav. dátuma:		
Lakcím (utca,hsz.):	Számlázási ím:		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréshez kell csatolni!			A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.
Iránydiag./BNO:	Leletküldési e-mail:		sztancsikeleonora@gmail.com			

EZEKRE A VIZSGÁLTATOKRA KÜLÖN MINTAVÉTELI CSŐ LEVÉTELE SZÜKSÉGES!!!

ALLERGIÁS ANAMNÉZIS			
Kérjük, hogy sorolja be súlyosság szerint (0-3-ig jelölve) a beteg tüneteit! (0: nincs tünet, 1: enyhe, 2: középsúlyos, 3: súlyos tünetek)			
TÜNETEK	SÚLYOSSÁG (0, 1, 2, 3)		
Felső légúti (szénanátha)			
Alsó légúti (aszma)			
Urticaria			
Ekcéma			
Ödéma			
Enterális tünetek (pl.: hasmenés)			
Súlyos, életveszélyes allergiás reakció (anaphylaxia) előfordult-e?	IGEN		NEM
Egyéb tünetek leírása:			
Diétázik-e?	IGEN		NEM
Mire tart diétát?			
Mióta diétázik?			

Allergológus szakvélemény igénylése (külön díjért, írásos formában a leleten)
--

INHALALATIV MOLEKULARIS ALLERGIA		
Pollen panel (nyírfa + réti komócsin) EPOLLE <small>(rBet v1, rBet v2, rBet v4, rBet v6, rPhl p1, rPhl p5, rPhl p7, rPhl p12, CCD)</small>		N
Nyírfa NYIRM <small>(rBet v1 PR-10, rBet v2 Profilin, rBet v4 Polcalcín, rBet v6)</small>		N
Nyár végi gyomnövények (fekete üröm, parlagnő) PARLM <small>(nArt v1 f.üröm, nArt v3 f.üröm LTP, nAmb a1 parlagnő)</small>		N
Poratka ATKAM <small>(nDer p1, rDer p2, rDer p10)</small>		N

NUTRITIV MOLEKULARIS ALLERGIA		
Tej TEJFM <small>(tej, nBos d8 Kazein, nBos d4 alfa-laktalbumin, nBos d5 beta-laktoglobulin)</small>		N
Tojás TOJFM <small>(nGal d1 ovomucoid, nGal d2 ovalbumin, nGal d3 conalbumin)</small>		N
Földimogyoró EFOMOP (rAra h1, h2, h3 tároló fehérje, rAra h5, rAra h6, rAra h7, rAra h9 ns lipid-transzfer prot., rBet v1, CCD)		N
Mogyoró MOGYM (rCor a1 PR-10, rCor a8 ns lipid-transzfer prot., rCor a9 tároló fehérje, rCor a14 tároló fehérje)		N
Dió DIOM <small>(rJug r1 tároló fehérje, rJug r3 ns lipid-transzfer protein)</small>		N
Búzaliszt BUZAM (rTri a14 ns lipid-transzfer protein, rTri a19 omega-5 gliadin, Gliadin (α,β,γ,ω-gliadin))		N
Szójabab SZOJAM <small>(rGly m4 PR-10 protein, nGly m5 tároló fehérje, nGly m6 tároló fehérje)</small>		N
Rák RAKM <small>(rPen a1 Tropomyosin)</small>		N
Gyümölcs (alma, őszibarack) GYUMM <small>(rMal d1 PR-10, rMal d3 nsLTP, rPru p1 PR-10, rPru p3 nsLTP, rPru p4)</small>		N
Gyermek panel (tej, tojás, földimogyoró) EGYER <small>(rBet v1, nBos d,d4,d5,d6,d8, nGal d1,d2,d3,d4, rAra h1,h2,h3,h9, CCD)</small>		N

EGYEB MOLEKULARIS ALLERGIA		
Méh és darázs MDM <small>(rApi m1, rVes v1, rVes v5)</small>		N
Méh, darázs, lódarázs, európai papírdarázs EVENOM <small>(rApi m1, rApi m2, rApi m10, rPol d5, rVes v5, rPol d1, rVes v1, CCD)</small>		N
Bromelain BROM <small>(MUXF3 CCD)</small>		N

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ
Mintavételi cső: N (sárga, natív cső) Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérelmek esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni. A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen! Amennyiben nem találja kérelmünkön az igényelni kívánt molekuláris allergia vizsgálatot, kérjük írjon az ugyfelszolgalat@synlab.com e-mail címre!

ELŐZŐ VIZSGÁLTATOK	DÁTUMA	EREDMÉNYE
Össz IgE		
Specifikus IgE		
Prick-teszt		

SYNLAB
HEMOSZTÁZIS VIZSGÁLTÁRÓ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLTÁRÓKHOZ

		Beküldő neve:	Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó				Orvosi körpecsét
		Beküldő címe:	2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.				
Név:			9 jegyű kód:	SZTANCSIK			
Születési név:			Orvos neve:		Tel:		Pecset száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TAJ/ID:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Térítés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fizető	<input type="checkbox"/> Csekkel előre*	<input type="checkbox"/> Átutalás előre*	<input checked="" type="checkbox"/> Szerződéses
Születési dátum:		Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő	Befizetés azonosító:				Beutaló kelte:
Lakcím (helység):		Tel:	Számlázási név:				Mintav. dátuma:
Lakcím (utca,hsz.):			Számlázási cím:				*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréshez kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.
Iránydiag./BNO:			Leletküldési e-mail:	sztancsikeleonora@gmail.com			

ALKALMAZOTT GYÓGYSZERES TERÁPIA

K-vitamin antagonist (Kumarin származék pl.: Syncumar, Marfarin)	Nem frakcionált heparin
NOAC (új típusú orális antikoaguláns szerek: Xarelto, Pradaxa stb.)	Trombocitafunkció gátló kezelés (Aspirin, Clopidogrel stb.)
LMWH (kis molekulású heparin, pl.: Fragmin, Fraxiparine, Clexane)	Egyéb:
LMWH utolsó beadás időpontja (dátum, óra:perc):	Tegyen ide X-et, ha a páciens nem szed vérárvadásra ható gyógyszert

EGYEDI VIZSGÁLTÁRÓKÉRÉSEK

RUTIN TESZTEK		ALVADÁSI FAKTOROK	
Protrombin (INR)	K	Faktor II	K
APTI	K	Faktor V	K
Trombin idő	K	Faktor VII	K
Fibrinogén	K	Faktor VIII	K
D-dimer (mennyiségi)	K	Faktor IX	K
TROMBOFILIA*		Faktor X	K
APC rezisztencia (APCR)	K	Faktor XI	K
Protein C aktivitás (PC)	K	Faktor XII	K
Protein S aktivitás (PS)	K	Faktor XIII	K
Antitrombin III akt. (ATIII)	K	EGYÉB TESZTEK	
Lupus antikoaguláns (LA) (+Prothrombin és APTI)	K	von Willebrand antigén	K
Szabad Protein S antigén (free PS ag.)	K	Anti-Xa (heparin teszt)**	K
Homocisztein	◆	A von Willebrand aktivitás és a PAI (Plazm. akt. inhibitor) a német kérlapon található meg!	

MOLEKULÁRIS GENETIKAI VIZSGÁLTÁRÓK

Molekuláris genetikai tesztjeinket (pl.: V. faktor Leiden mutáció, vagy II. faktor (protrombin) mutáció vizsgálata) megtalálja genetikai kérlapunkon, kérjük a vizsgálatok igényléshez azt töltsse ki!

PANELBEN KÉRHETŐ VIZSGÁLTÁRÓK

Trombophilia panel* Protrombin, APTI, Trombin idő, Fibrinogén, D-dimer, APCR, PC, PS, free PS ag., ATIII, Lupus antikoaguláns, Faktor VIII, Homocisztein			K	K
Trombophilia immunológiai kivizsgálása Foszfolipid at.szűrés, Annexin IgG/IgM, Protrombin elleni at., Foszfátidilszerin IgG elleni at., Foszfátidilszerin IgM elleni at.			N	
Antifoszfolipid szindróma panel Foszfolipid antitest szűrés (B2-GPI + Kardiolipin) Lupus antikoaguláns			N	K

MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ

K (kék dugós, citrátos cső)
A kék dugós (citrátos) csővekbe levett minták kezelése: a mintát 4 órán belül a laboratóriumba kell juttatni!

L (lila dugós, EDTA-s cső)
◆-val jelölt vizsgálat esetében a mintát azonnal centrifugálni, a plazmát pedig lefagyasztani kell.

N (sárga dugós, natív cső)

* Új típusú orális antikoagulánsok szedése esetén legalább 4 nap gyógyszermentesség, kumarin származékok szedése esetén legalább 7-10 nap gyógyszermentesség kell a trombophilia irányú vérárvadás vizsgálatok értékelhetőségéhez. Amennyiben a kezelőorvos döntése alapján az antikoagulálás nem elhagyható, LMWH kezelésre kell áttérni.

** Anti-Xa vizsgálata esetén a mintavételt az LMWH beadása után 4 órával kell elvégezni az eredmény értékelhetőségéhez.

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ

Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérlap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni.
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!

SYNLAB
VÉRCSOPORT VIZSGÁLTATKÉRŐ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLATOKHOZ

Beküldő neve:	Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó		Orvosi körpecsét
Beküldő címe:	2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.		
Név:	9 jegyű kód: SZTANCSIK		
Születési név:	Orvos neve:	Tel:	Pecset száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TAJ/ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Térítés módja: <input type="checkbox"/> Helyben fizető <input type="checkbox"/> Csekkel előre* <input type="checkbox"/> Átutalás előre* <input checked="" type="checkbox"/>		Szerződéses <input type="checkbox"/>
Születési dátum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>	Befizetés azonosító:		Beutaló kelte:
Lakcím (helység): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tel: <input type="text"/>	Számlázási név:		Mintav. dátuma:
Lakcím (utca,hsz.): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Számlázási ím:		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kérőlaphoz kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.
Iránydiag./BNO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Leletküldési e-mail: sztancsikeleonora@gmail.com		

TRANSZFÚZIÓS ANAMNÉZIS				
Kapott-e valaha vérkészítményt?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Ha igen, 3 hónapon belül?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Volt-e transfúziós szövödménye?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Jelenleg terhes-e?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Terhességi hét:	<input type="text"/>			
Eddigi terhességek száma a jelenlegivel együtt:	<input type="text"/>			
Volt-e UHB-s újszülöttje, vagy halott magzata?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Jelen terhességben kapott-e anti-D IgG-t?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Részesült-e immunterápiában?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Volt-e szerv-, vagy szövetátültetése?	<input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	Nem ismert <input type="checkbox"/>
Jelenleg alkalmazott gyógyszerei:	<input type="text"/>			

KORÁBBI VÉRCSOPORT MEGHATÁROZÁS EREDMÉNYE		
Főcsoport (A, B, AB, 0)	Rh (poz/neg)	Ellenanyagszűrés (poz/neg)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JELENLEGI LABORÁTORIUMI VIZSGÁLAT		
AB0, Rh meghatározás és Ellenanyagszűrés		L
A LABORÁTORIUM MEGJEGYZÉSEI		
<input type="text"/>		

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ
Mintavételi cső: L (6 ml-es lila kupakos, EDTA-s vér)
Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérlap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni. A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
A mintán minimum 2 azonosító megadása kötelező (pl.: név + TAJ szám vagy születési dátum), ezek hiányában a vizsgálat visszautasításra kerül!
Sürgősség igénylése esetén a vizsgálatot a rutin vállalási időnél (3 mn) rövidebb idő alatt végezzük el (kb.: 1 mn).

SYNLAB
GASTROPANEL VIZSGÁLKÉRŐ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLKÉRHŐZ

		Beküldő neve:	Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó				Orvosi körpecsét
		Beküldő címe:	2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.				
Név:			9 jegyű kód:	SZTANCSIK			
Születési név:			Orvos neve:		Tel:		Pecset száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TAJ/ID:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Térítés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fizető	<input type="checkbox"/> Csekkel előre*	<input type="checkbox"/> Átutalás előre*	<input checked="" type="checkbox"/> Szerződéses
Születési dátum:		Nem:	<input type="checkbox"/> ffi	<input type="checkbox"/> nő	Befizetés azonosító:		
Lakcím (helység):		Tel:			Számlázási név:		
Lakcím (utca,hsz.):			Számlázási cím:				*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kérőlapoz kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.
Iránydiag./BNO:			Leletküldési e-mail:	sztancsikeleonora@gmail.com			

ANAMNESZTIKUS ADATOK A LELET ÉRTÉKELÉSÉHEZ

Vannak-e savtúltermeléssel járó tünetei?		Igen		Nem		Nem ismert
Szed-e savszekréciót csökkentő gyógyszert?		Igen		Nem		Nem ismert
Ha igen, milyen gyógyszert?						
Mutattak-e ki korábban Helicobacter pylori fertőzést?		Igen		Nem		Nem ismert
Volt-e már Helicobacter pylori eradikációs kezelése?		Igen		Nem		Nem ismert
Ha kapott kezelést, mikor? (1 éven belül, vagy régebben?)		1 éven belül		1 évnél régebben		
Szed-e nem szteroid tartalmú gyulladáscsökkentőt?		Igen		Nem		Nem ismert
Ha igen, milyen gyógyszert?						

IGÉNYELT LABORATÓRIUMI VIZSGÁLKÉRHŐZ

Gastropanel meghatározás (Pepszinogén I, Pepszinogén II, Helicobacter pylori IgG, Gasztrin-17)	N
--	---

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ

Mintavételi cső: N (sárga kupakos, natív cső)

Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérlap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni.
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
A vizsgálat végzése **1 cső natív vérből (piros, vagy sárga kupakos cső)** történik.
A mintát alvadás után **azonnal centrifugálni**, a szérumot **szeparálni és fagyasztani** kell!

Fontos: a vérvétel előtt **2 héttel** a **gyomorsav-termelést gátló gyógyszer** szedését **fel kell függeszteni!**
Savkötő gyógyszert a vizsgálat előtt 1 nappal **nem szabad használni!**

SYNLAB
MAGZATI KOCKÁZAT VIZSGÁLTÁRKÉRŐ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLTATOKHOZ

		Beküldő neve:	Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó				Orvosi körpecsét
		Beküldő címe:	2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.				
Név:			9 jegyű kód:	SZTANCSIK			
Születési név:			Orvos neve:		Tel:		Pecset száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TAJ/ID:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Térítés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fizető	<input type="checkbox"/> Csekkel előre*	<input type="checkbox"/> Átutalás előre*	<input checked="" type="checkbox"/> Szerződéses
Születési dátum:		Nem: <input type="checkbox"/> fi <input type="checkbox"/> nő	Befizetés azonosító:				Beutaló kelte:
Lakcím (helység):		Tel:	Számlázási név:				Mintav. dátuma:
Lakcím (utca,hsz.):			Számlázási cím:				*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréshez kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.
Iránydiag./BNO:			Leletküldési e-mail:	sztancsikeleonora@gmail.com			

VÁRANDÓS ADATAI			
Testsúly (kg):			
Dohányzás	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem	
IVF történt-e?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem	
IVF dátuma (év/hó/nap):			
Magzatok száma:			
Etnikai hovatartozás:	<input type="checkbox"/> kaukázusi	<input type="checkbox"/> ázsiai	<input type="checkbox"/> feketebőrű
	<input type="checkbox"/> ismeretlen		

ULTRAHANGOS ADATOK			
Magzati kor ultrahangos vizsgálat napján (hét/nap):			
Ultrahangos vizsgálat dátuma:			
NT (tarkóredő) (mm)			
CRL (fejtető-farcsont) (mm)			
BPD (mm)			
Orrcsont hiány	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem	
Korábbi terhességben 21-es triszómia	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem	
Ultrahangos vizsgálatot végezte: aláírás		

IGÉNYELT LABORATÓRIUMI VIZSGÁLTAT		
<input type="checkbox"/>	Első trimeszter (12. hét) free béta-HCG + PAPP-A mérés és kockázatelemzés	N
<input type="checkbox"/>	Második trimeszter (16. hét) AFP + HCG + szabad ösztriol + Inhibin A mérés és kockázatelemzés	N

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ	
Mintavételi cső: N (sárga kupakos, natív cső)	
Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérés esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni.	
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!	
A vizsgálat végzése 1 cső natív vérből (sárga vagy piros kupakos cső) történik.	
Kérjük az adatok hiánytalan és pontos megadását, ezek hiányában kockázatbecslést nem áll módunkban végezni!	

SYNLAB
MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁTKÉRŐ LAP
MAGÁNFINANSZÍROZOTT ÉS KÓRHÁZI FEKVŐ

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:			
Páciens telefon:		Térítés módja:			
Lakcím (írsz., helység):		Törzszám (fekvő beteg)			
Lakcím (utca,hsz.):		Befizetés azonosító:			
Iránydiag./BNO		Terápia:		Számítási név, cím:	
Vizsgálat célja:		Első vizsgálat:		Továbbító kód:	
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:		Ismételt vizsgálat:		Mintavétel dátuma:	
Beküldő orvos egyéb közlése:		Előző vizsgálat eredménye:		Beutaló kelte:	
				Pecsét szám:	

EGY KÉRŐLAPON KIZÁRÓLAG 1 DB MINTA VIZSGÁLATA KÉRHETŐ!

HUMÁN VÁLADÉKBÓL (NEM SZÉKLET) VÉGZETT VIZSGÁLATOK		
VIZSGÁLATI ANYAG		
bőrkaparék	húgycsőváladék	sebváladék (felületes)
bronchus váladék	köpet	sebváladék (mély)
cervixváladék	középfül-váladék	szövetminta
drain	külsőfül-váladék	torokváladék
ejakulátum	liquor	trachea
hemokultúra	orrváladék	vizelet
hüvelyváladék	punktátum	
.....
Egyéb minta	Mintavétel helye (testtájék)	

BAKTERIOLÓGIAI VIZSGÁLATOK	
Baktérium tenyésztés és rezisztencia vizsgálat (aerob)	
Baktérium tenyésztés és rezisztencia vizsgálat (aerob és anaerob)	
Direkt kenet mikroszkópos vizsgálata (küldött kenetből)	
MRSA szűrővizsgálat	
B csoportú Streptococcus vizsgálata (hüvelyváladékból várandósság alatt)	
Gardnerella vaginalis tenyésztés	
Neisseria gonorrhoeae tenyésztés	1
Mycoplasma hominis és Ureaplasma urealyticum tenyésztés	1
Legionella pneumophila I antigén kimutatása vizeletből	
Streptococcus pneumoniae antigén kimutatása vizeletből	
Listeria monocytogenes szűrés hüvelyváladékból	
MIKOLÓGIAI VIZSGÁLATOK	
Sarjadzó gomba tenyésztése	
Sarjadzó gomba tenyésztése és rezisztencia vizsgálat	
Fonális gombák (dermatophytonok) tenyésztése	
Körömkaparék gomba vizsgálata (Dermatophytonok és sarjadzó gombák tenyésztése)	
PARAZITOLÓGIAI VIZSGÁLATOK	
Trichomonas vaginalis tenyésztés genitális váladékból	1

ENTERÁLIS BETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJA	
ALKALMASSÁGI ÉS EGYÉB SZÉKLET SZŰRŐVIZSGÁLATOK	
Széklettenyésztés alap vizsgálat <i>(Salmonella (gastroenteritist okozó szerotípusok), Campylobacter, Shigella, Yersinia)</i>	
Székletből enterovirus E. coli szűrés <i>(pozitív gyanúja esetén továbbítva hatósági laboratóriumba)</i>	
E.coli O124 szűrés <i>(pozitív gyanúja esetén továbbítva hatósági laboratóriumba)</i>	
Székletből S. Typhi, S. Paratyphi szűrés	
Székletből csak gastroenteritist okozó Salmonella szerotípusok szűrése	
Székletből csak Campylobacter szűrés	
Multirezisztens kórokozó: ESBL szűrővizsgálat	
Multirezisztens kórokozó: VRE szűrővizsgálat	
Multirezisztens kórokozó: MACI szűrővizsgálat	
Listeria monocytogenes szűrés székletből	
DIAGNOSZTIKUS SZÉKLETVIZSGÁLATOK	
Széklettenyésztés alap vizsgálat	
Clostridioides (Clostridium) difficile vizsgálat <i>(Formált székletből nem kérhető!)</i>	
Helicobacter pylori antigén kimutatás székletből	
Rotavírus / Adenovírus antigén kimutatás székletből	
Calicivírus antigén kimutatás székletből	
Féregpete és protozoon kimutatás mikroszkópos vizsgálattal	
Giardia lamblia / Cryptosporidium antigén kimutatás székletből	
Entamoeba histolytica antigén kimutatás székletből	
ENTERÁLIS VIZSGÁLATOK EGYÉB MINTÁBÓL	
Perianalis törlés vizsgálata	
Féregmeghatározás (MINTA: FÉREGDARAB! NEM SZÉKLET!)	

KITÖLTÉSI INFORMÁCIÓK	
1 Speciális mintavevő eszköz szükséges!	
* A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kérőlaphoz kell csatolni, hiányában eredmény nem adható ki! A mintavételi dátumot, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) minden esetben kérjük feltüntetni!	

Érvénybelépés dátuma: 2018.07.12

Mintavételi és preanalitikai információ, valamint az aktuális kérőlap változat a www.synlab.hu weboldról letölthető.



**MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP (SZEROLÓGIA)
MAGÁNFINANSZÍROZOTT ÉS KÓRHÁZI FEKVŐ**

Név:		Synlab telephely:		LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:		Beküldő (név, cím, pecsét):			
TAJ:		Sztancsik Eleonóra egyéni vállalkozó			
Születési dátum:		2660 Balassagyarmat, Felsőmalom utca 58.			
Terhességi hét:		9 jegű kód:		Orvosi körpecsét és aláírás	
Páciens telefon:		SZTANCSIK			
Lakcím (írsz., helység):		Orvos neve:			
Lakcím (utca,hsz.):		Orvos telefon:			
Iránydiag./BNO		Térítés módja:		Törzszám (fekvő beteg)	
Vizsgálat célja:		Első vizsgálat:		Befizetés azonosító:	
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:		Ismételt vizsgálat:		Számzási név, cím:	
Beküldő orvos egyéb közlése:		Előző vizsgálat eredménye:		Továbbító kód:	
				Mintavétel dátuma:	
				Beutaló kelte:	
				Pecsét szám:	

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 anitest		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
Parvovirus 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 kérőlaphoz 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
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
Kullancsencephalitis (TBE) IgG	N	Haemophilus infl. b 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, Parvovirus B19, Varicella zoster, Treponema pallidum)	N