|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** | | **Vizsgálatkérő lap bakteriológiai vizsgálatokhoz** | | |  | K*érjük nyomtatott betűkkel kitölteni, kódokat beírni, ill a kívánt kockákat jelölni.* |
| **Beküldő neve, címe, telefon, fax:** | |  | **Címzett laboratórium:**  Nemzeti Népegészségügyi Központ  Bakteriológiai, Mikológiai és Parazitológiai Laboratóriumi Osztály  1097 Budapest, Albert F. út 2-6. | | |
| **Beküldő kód:**  Vizsgálatkérő orvos kódja (pecsétszám): | |  | **Iktatószám:** ........................................................  **Beérkezett:** óra.......... perc........ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beteg** **neve: ..............................................................................................**  **TAJ száma:** **Születési ideje**:  Munkahelye és foglalkozása:..............................................................................................................................  **Lakcíme:** ..................................................................................................................................  **Ellátás azonosító (Naplószám):** | | | |
| **Ellátás típusa, térítési kat.:** | 🗌 Járóbetegszakellátás (alapellátás) | 🗌 Menekült | 🗌 Államközi szerz. alapján ellátott |
|  | 🗌 Nem biztosított | 🗌 Menedékes | 🗌 Fekvőbeteg szakellátás |

**Vizsgálati anyag:**

**széklet** **vizsgálat típusa**:  beteg  betegkörnyezet felszabadító krónikus baktériumürítő ˜

munkaalkalmasság (munkakör megnevezése):……………………………. Helicobacter pylori gyorsteszt egyéb...................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **egyéb:** | 🗌 orrváladék | 🗌 torokváladék | 🗌 köpet | | 🗌 alsó légúti vál.\*\* | | 🗌 fülváladék | |
|  | 🗌 liquor | 🗌 genny\* | 🗌 drain\* | | 🗌 sebváladék\* | | 🗌 epe | |
|  | 🗌 vér | 🗌 vizelet | 🗌 hüvelyváladék | | 🗌 cervixváladék | | 🗌 andrológiai anyag\* | |
|  | 🗌 szövetminta | 🗌 egyéb\*............................................ | |  | |  | |

A \* jelölt anyag származási helye:................................................................... \*\*mintavételének módja: ...................................

🗌 **natív vér vagy savó bakteriológiai szerológiai vizsgálatra:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🗌 Mycoplasma pneumoniae | 🗌 Chlamydia pneumoniae | 🗌 Chlamydia psittaci | 🗌 Bordetella | 🗌 Legionella | 🗌 Coxiella (Q-láz) |
| 🗌 Leptospira | 🗌 F. tularensis | 🗌 Yersinia | 🗌 Brucella | 🗌 Bartonella | 🗌 Borrelia (Lyme) |
| 🗌 Salmonella | 🗌 Chlamydia trachomatis | 🗌 Treponema (Lues) | | 🗌 Egyéb:……………………………………………. | |

Tünetek:...........................................................................................................................................................................................

Feltételezett diagnózis: .................................................................BNO kód:...................... Gravida 🗌 a terhesség ideje ….… hét

Kórelőzmény (külföldön járt-e, hol, mikor, állatkontaktus,étel):................................................................................................

Jelen betegség kezdete:………………………………………….Mintavétel ideje: ……………………………………hó/nap

Előző vizsgálat eredménye:................................................................................................................................................................

Alkalmazott antibiotikum:...................................adásának kezdete:......................abbahagyásának időpontja:...................../hó/nap/

Az orvos egyéb közlése:...................................................................................................................................................................

**Dátum**:.................................................................................. ...............................................................

Az orvos aláírása és pecsétje

**Megjegyzés:** A rutinvizsgálatokat meghaladó kérés vagy nagyobb számú vizsgálati anyag küldésének szándéka esetén előzetesen konzultáljon a laboratóriummal!

A vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan, ha az anyag vétele/szállítása nem megfelelő módon történt, a vételtől 4-6 órán túl (kivéve vér, széklet és transzport közegbe vett anyag) érkezett a laboratóriumba. A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha: a kísérőlap hiányosan kitöltött, olvashatatlan, a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.

Mb54-01/1 (4.1)