**JELENTKEZÉSI LAP**

**Mikrobiológiai Jártassági Körvizsgálat 2025.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Laboratórium neve** |  |
| **Laboratórium címe** |  |
| **Laboratórium vezetője** |  |
| **e-mail cím, telefon** |  |
| **Kapcsolattartó bakteriológia** | **név** |  |
| **e-mail cím, telefon** |  |
| **Kapcsolattartó mikológia** | **név** |  |
| **e-mail cím, telefon** |  |
| **Kapcsolattartó vírus szerológia** | **név** |  |
| **e-mail cím, telefon** |  |

Kérem, adja meg az egyes területekért felelős munkatársak nevét és elérhetőségét.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vizsgálat megnevezése** | **Minta mennyisége** | **Részvételi díj (Ft)** | **Igényelt****vizsgálat** |
| **Évi két alkalommal (április, október) szervezett vizsgálatok** |
| Klinikai-járványügyi bakteriológiai vizsgálat  | 2 alkalommal1 db minta | 52.000 |  |
| Mikológiai vizsgálatok/Gomba azonosítása és antimikotikum érzékenység meghatározás  | 2 alkalommal2 db minta | 32.000 |  |
| *Norovírus/humán calicivírus* szerológia | 2 alkalommal4x200µl | 55.000 |  |
| **Évi egy alkalommal (április) szervezett vizsgálatok** |
| Enterális-járványügyi bakteriológiai vizsgálat | 1 db minta | 27.000 |  |
| *HIV* szerológia (Ag/At)  | 4x500µl | 25.000 |  |
| **Évi egy alkalommal (október) szervezett vizsgálatok** |
| *Hepatitis* szerológia |
| *Hepatitis A vírus* anti-HAV total | 3x300µl | 22.000 |  |
| *Hepatitis A vírus* anti-HAV IgM | 3x300µl | 24.000 |  |
| *Hepatitis B vírus* HBsAg | 3x300µl | 22.000 |  |
| *Hepatitis B vírus* HBsAg + *Hepatitis B vírus* HBsAg konfirmálás | 3x300µl | 27.000 |  |
| *Hepatitis B vírus* anti-HBs | 3x300µl | 24.000 |  |
| *Hepatitis B vírus* anti-HBc total | 3x300µl | 24.000 |  |
| *Hepatitis C vírus* anti-HCV | 3x300µl | 24.000 |  |
| *Hepatitis E vírus* anti-HEV IgM | 3x300µl | 27.000 |  |
| *Aspergillus* antigén (galactomannan) kimutatás | 2x1ml | 20.000 |  |

A megrendelni kívánt vizsgálatot jelölje X-szel

A **szerológiai vizsgálatok esetében**, amennyiben a laboratórium által alkalmazott **vizsgálati metodika mintaszükséglete meghaladja az általunk biztosított mennyiséget, kérjük, a jelentkezési lap kitöltésével egyidejűleg adja meg a feldolgozáshoz szükséges minta minimális mennyiségét**, valamint nevezze meg a laboratórium által alkalmazott vizsgálati módszert.

**Jelentkezési határidő: 2025. március 10.**

A jelentkezési lapot **elektronikus úton**, a korvizsgalat@nngyk.gov.hu e-mail címre szíveskedjen elküldeni.

A Körvizsgálat részvételi díját az értékelések kiküldését követően számlázzuk ki.

**A körvizsgálati szolgáltatás az ÁFA törvény 85.§-a szerint adómentes.**

Felhívom figyelmét, hogy a Körvizsgálat díja abban az esetben is kiszámlázásra kerül, ha a mintaátvételt követően eredményközlés nem történik.

Dátum:

|  |  |
| --- | --- |
| aláírás | pecsét |

**Az NNGYK által szervezett mikrobiológiai jártassági körvizsgálat jogszabályi háttere:**

*20/2009. (VI.18.) EüM rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről*

9. § (1) A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató számára mikrobiológiai diagnosztikai szolgáltatást nyújtó laboratórium a bizonyítékon alapuló infekciókontroll és antibiotikum felügyeleti tevékenység elősegítése érdekében – a 8. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltatók esetében az infekciókontroll szervezeti egység egyidejű tájékoztatása mellett –

b) részt vesz – évente két alkalommal – az NNGYK körvizsgálataiban,

*18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről*

11. § (3) A HIV-vizsgálatot is végző laboratórium:

d) évente részt vesz a HIV nemzeti referencia-laboratórium által szervezett minőségellenőrzési folyamatban, amely során a referencia laboratórium mintákat küld vizsgálatra a laboratóriumba, majd a vizsgálat eredményeit összehasonlítja a referencia laboratóriumban történt vizsgálatok eredményeivel (körvizsgálat).