

**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 vérévételt végző egészségügyi szolgáltató működési engedélyének számából és a vérévételt végző egészségügyi szolgáltatónál lévő kódjából áll (általában a vérévételi 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 (éééÉhhnN)
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 vérévétel dátuma:**

**Kért vizsgálat:**  HIV antigén/antitest kimutatás  Egyéb:.....

**A kezdeményezés módja:**  önkéntes  kötelező

**Vizsgálati kategória:**

<input type="checkbox"/> 1. Anonim	<input type="checkbox"/> 8. Intravénás (IV) kábítószer használó	<input type="checkbox"/> 12. Idegenrendészeti célú
<input type="checkbox"/> 2. Nemi beteg	8/a opiát -fogyasztó (IV)	<input type="checkbox"/> 13. Külföldre utazó
<input type="checkbox"/> 3. HIV fertőzött személy partnere	8/b nem nem-opiát fogyasztó (IV)	<input type="checkbox"/> 14. Prostitúált
<input type="checkbox"/> 4. HIV fertőzött anya újszülöttje	<input type="checkbox"/> 9. Kábítószer használó (nem IV)	<input type="checkbox"/> 15. Mesterséges megtermékenyítés
<input type="checkbox"/> 5. Gravida	<input type="checkbox"/> 10. Egyéb:.....	<input type="checkbox"/> 16. Szövet-, szerv-, őssejtdonor
<input type="checkbox"/> 6. Egészségügyi dolgozó	<input type="checkbox"/> 11. Ismeretlen	<input type="checkbox"/> 17. Anyatejet adományozó nő
<input type="checkbox"/> 7. Büntetésvégrehajtási intézetben fogvatartott		<input type="checkbox"/> 18. HIV-expozíció / sérülés miatt

első vizsgálat  ismételt vizsgálat 18/a  sérült 18/b  forrás

Előző vérminta azonosítási száma:..... Előző vérminta vérévételi 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!