

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgáltkérő 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

NINGYK MRLF
VONALKÓD HELYE

Az első minta adatai:

A szérum laboratóriumi azonosítási száma:

A vizsgálatot kérő orvos neve:

A vérvétel dátuma:

Név:

Születési dátum:

TAJ szám:

A második minta adatai:

Szérum azonosítási száma:

(Az azonosítási szám a vérvételt végző egészségügyi szolgáltató működési engedélyének számából és a vérvételt végző egészségügyi szolgáltatónál lévő kódjából áll (általában a vérvételi 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 vezetéknévének második betűje, ékezet nélkül
2. Kliens első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül
3. Kliens születési dátumának negyedik karaktere (ééÉhnn)
4. Kliens születési dátumának nyolcadik karaktere (ééééhhnn)
5. Kliens édesanyja leánykori vezetéknévének 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 vérvétel dátuma:**

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!