

Vizsgálatot kérő intézmény neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kódja:

A vérvételt végző orvos kódja (pecsétszám):

neve:.....

**Címzett laboratórium:**

**Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ**

Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály

**Retrovírusok Nemzeti Referencia Laboratóriuma**

1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. vagy

1437 Pf. 777.

Tel.: 06-1-476-1149

e-mail: virologia@nngyk.gov.hu

**NNGYK MRLF**  
**VONALKÓD HELYE**

**A vérvétel dátuma:**

**A beteg azonosítója:**

**A beteg neve:** .....

**TAJ szám:**

**Születési idő:**

**A beteg neme:**  férfi  nő

**Térítési kategória:**  Járóbeteg  Fekvőbeteg  Fizetős vizsgálat  Egyéb:

**A kért vizsgálat:**

HIV-1 RNS kópiaszám meghatározás (mennyiségi meghatározás)  HIV-1 PCR (minőségi meghatározás)

HIV-1 törzsek gyógyszerrezisztencia vizsgálata  HIV-1 provírus gyógyszerrezisztencia vizsgálat  
(alacsony kópiaszám esetén kérhető)

**A vizsgálathoz kérjük közölni:**

**Antiretrovirális kezelésben részesült:** IGEN NEM

**PrEP alkalmazása (az elmúlt 6 hónapban):** IGEN NEM

**Első HIV+ teszt eredményének dátuma:**

**Gyógyszerrezisztencia vizsgálat kizárólagos kérése esetén, kérjük, hogy adja meg az aktuális vírus**

**kópiaszám értékét** .....kópia/ml

Az orvos egyéb közlése: .....(a hátoldalon folytatható)

Dátum:

\_\_\_\_\_  
Az orvos aláírása és pecsétje

Megjegyzés:

**Vizsgálatonként legalább 5 ml alvadástól (EDTA) vérmintát** kell jól zárható vérvételi csőben beküldeni. A vérmintát a vérvételt követő **24 órán belül el kell juttatni a laboratóriumba!**

A vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan (vagy csak korlátozottan alkalmas) ha az anyag vétele/tárolása/szállítása nem megfelelő módon történt. A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap olvashatatlan, illetve ha a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.