

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos kódja (pecsétszám):

Ellátás tényét igazoló adat:

Címzett laboratórium:

Nemzeti Népegészségügyi Központ

Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály

1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. **vagy**

1437 Pf. 777.

Tel: (1) 476-1100 vagy (1) 476-1356

*IDE NE ÍRJON!
VIZSGÁLÓ LABORATÓRIUM
VONALKÓDJÁNAK HELYE*

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 vezetéknevének 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 (ééééhhN)
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 vérvétel 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. Prostituált |
| <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-, őssejt donor |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> első vizsgálat | <input type="checkbox"/> ismételt vizsgálat | 18/a <input type="checkbox"/> sérült 18/b <input type="checkbox"/> forrás |

Előző vérminta azonosítási száma:..... Előző vérminta vérvételének 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!