

VIZSGÁLATKÉRŐ LAP SARS-CoV-2 valós-idejű RT-PCR vizsgálathoz

Beküldő intézmény és címe:	Címzett: Központi Laboratórium, Mikrobiológiai Profil, Molekuláris Biológia Részleg – Kód:010925030 Osztályvezető főorvos: Dr. Bekő Gabriella, PhD Profilvervezető főorvos: Dr. Kamotsay Katalin Részlegvezető: Dr. Tresó Bálint, PhD
Beküldő egység:	1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7. 31. épület, 1. emelet. Tel: +36 1 455 8100/80808 mellék Mobil: +36-30-019-0507
Beküldő kódja: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Telefon:	
Orvos neve: pecsétszám:	
Törzsszám/naplósám: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Beteg neve:..... ffi nő Anyja neve:.....

TAJ:-.....-..... Születési idő:

Irányítószám, lakcím (tartózkodási címet kérjük megadni):

Ellátás típusa: fekvőbeteg-szakellátás járóbeteg-szakellátás nem biztosított menekült
 nemzetközi szerz. alapján ellátott, EU-kártya külföldön élő magyarok központi támogatása
 külföldi donor ellátása várólista csökkentésére többletforrásból más forrásból nem térülő sürgősségi

Vizsgálat típusa: diagnosztika szűrővizsgálat követés/ kontroll

Vizsgálati anyag:

- orr/ torok törlet** - A mintát VTM – vírus transzport médiumba kell levenni. Az orr és torok törletet ugyanabba a VTM csőbe kell belemosni, a pálcát tilos a VTM-ben hagyni!
- bronchoalveolaris lavage (BAL)** – transzport médium nem szükséges. A vírus a folyadékban hígulhat, nem jelent szignifikáns problémát.
- trachea aspirátum** – transzport médium nem szükséges

A mintát hűtve, +2 - +8 °C között kell tárolni és szállítani. A mintának a lehető legrövidebb időn belül a feldolgozó laboratóriumba (maximum 24 órán belül) meg kell érkeznie!

Betegség kezdete Tünetek

Kérés indokául szolgáló diagnózis(ok) (BNO)

Mintavétel ideje: 20..... év, hónap, nap, óra, perc.

Dátum: 20.....

.....
orvos aláírása és pecsétje