

DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET • www.labmed.unideb.hu

Vizsgálatot kérő intézmény kódja:

Naplószám/Törzsszám:

Intézmény név, cím, osztály:

DE KK OSZTÁLY KÓD:

TB AZONOSÍTÓ JEL:

NEM: férfi nő

SZÜLETÉSI DÁTUM: év hó nap

VEZETÉKNÉV: UTÓNÉV:

ANYJA NEVE:

LAKCÍM:

DIAGNÓZIS: BNO KÓD:

Térítési kategória: **Feltétlenül kitöltendő! ld. a hátoldalon**

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: telefonszám:
P.H.

e-mail: fax szám:

DÁTUM: év hó nap orvosi pecsétszám:

IMMUNOLÓGIA • Telefon: (52) 411-717/55291

MINTAVÉTEL DÁTUMA, IDŐPONTJA: év hó nap Óra

VIZSGÁLATI MINTA: perifériás vér egyéb TERÁPIA:

Anamnesztikus adatok:

AUTOANTITEST KIMUTATÁS (SZÉRUM MINTA SZÜKSÉGES)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anti-nukleáris antitest (ANA) meghatározás HEP-2 sejten | <input type="checkbox"/> ANA és nukleoszóma elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> ANA és duplaszálú DNS elleni antitest | <input type="checkbox"/> ANA és hiszton elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> Anti-nukleáris antitest (ANA) és anti-ENA (extrahálható nukleáris antigének) szűrőteszt - pozitív esetben kibontás (SS-A, SS-B, Sm, Sm/RNP, Scl-70, Jo-1 elleni antitestek) | |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek I. (kardiolipin és B2GPI elleni antitest, IgG/IgA/IgM) | |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek II. (protrombin elleni IgG/IgA/IgM antitest, foszfatidilszerin elleni IgG/IgM antitest)** | |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek III. (annexin V elleni IgG/IgM antitest)*** | |
| <input type="checkbox"/> ANCA (p-ANCA, c-ANCA, atípusos ANCA; MPO, PR-3 elleni antitest) | |
| <input type="checkbox"/> Coeliakia (endomysium elleni antitest, IgA/IgG; transzglutamináz elleni antitest, IgA/IgG) | |
| <input type="checkbox"/> Autoantitestek kimutatása autoimmun májbetegségeken (ANA, mitokondrium, simaizom, LKM, AMA M2, AMA M2-3E, LKM1, SLA, LC1, gp210, Sp100, PML, Ro52 elleni antitestek, ANCA-IIF) | |
| <input type="checkbox"/> Autoantitestek kimutatása patkányszöveten (gyomor parietális sejt elleni antitest) | |
| <input type="checkbox"/> Myositis specifikus autoantitestek (Mi-2 α , Mi-2 β , TIF1 γ , MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100, PM-Scl75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52 elleni antitestek, ANA) | |
| <input type="checkbox"/> Scleroderma specifikus autoantitestek (Ro-52, PDGF receptor, Ku, PM/Scl75, PM/Scl100, Th/To, NOR-90, fibrillarin, RNS-polimeráz III-155 kDa, RNS-polimeráz III-11 kDa, CENP-B, CENP-A, Scl-70 elleni antitest, ANA) | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis irányú kivizsgálás (rheumatoid faktor-IgM, anti-CCP, ANA, ANCA-IIF) | |

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nukleoszóma elleni antitest ** | <input type="checkbox"/> Szívizom elleni antitest | <input type="checkbox"/> Rheumatoid faktor IgM |
| <input type="checkbox"/> Kettőszálú DNS elleni antitest ** | <input type="checkbox"/> Thrombocyta elleni antitest | <input type="checkbox"/> CCP elleni vagy |
| <input type="checkbox"/> Riboszómális P protein elleni antitest | <input type="checkbox"/> Granulocyta elleni antitest | <input type="checkbox"/> MCV elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> Hiszton elleni antitest ** | <input type="checkbox"/> Gangliozid elleni antitestek (GM1, GD1b, GQ1b elleni IgM/IgG antitestek) | <input type="checkbox"/> Pancreas szigetsejt-, GAD, IA2 elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> C1q elleni antitest | <input type="checkbox"/> GBM elleni antitest | <input type="checkbox"/> Meningococcus A és C polisaccharid elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> Endothelium elleni antitest | <input type="checkbox"/> Mellékvesekéreg elleni antitest | <input type="checkbox"/> Tetanus toxoid elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> Spermium elleni antitest | <input type="checkbox"/> ASCA IgG/IgA antitest | |

FEHÉRJE MEGHATÁROZÁS (SZÉRUM MINTA SZÜKSÉGES)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Összkomplement aktivitás (CH50) + | <input type="checkbox"/> Immunkomplex | <input type="checkbox"/> Hidegagglutinin meghatározás* |
| <input type="checkbox"/> Komplement 3-as faktor \otimes ++ | <input type="checkbox"/> C1-észteráz inhibitor \otimes ++ | <input type="checkbox"/> Krioglobulin kimutatás* |
| <input type="checkbox"/> Komplement 4-es faktor \otimes ++ | <input type="checkbox"/> Izohemagglutinin titer (a vércsoport megadása vagy plusz EDTA-s cső szükséges) | |

* Mintavétel előtt a vérévétel és mintaszállítás követelményeiről érdeklődjön az 50057-es melléken!

+ Ha a minta 2 órán belül nem kerülhet a laboratóriumba, akkor natív vérmintát NEM, csak **fagyaszta** tárolt és szállított szérum mintát fogadunk el!

++ Ha a minta 2 órán belül nem kerülhet a laboratóriumba, akkor natív vérmintát NEM, csak **hűtve** tárolt és szállított szérum mintát fogadunk el!

** Megbeszélést igénylő vizsgálat! (Tel.: 55291 mellék)

*** Csak fizetős szolgáltatásként végezzük a Térítéss Betegellátási Központ közreműködésével (Tel.: 52-444 222).

\otimes Időkorlátos vizsgálat!

DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA LABORATÓRIUMI IMMUNOLÓGIA

ÚTMUTATÓ A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP KITÖLTÉSÉHEZ

A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

VIZSGÁLATOT KÉRŐ INTÉZMÉNY KÓDJA

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja.

DIAGNÓZIS

Feltétlenül kitöltendő!

TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA

Feltétlenül kitöltendő!

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel irandó be.

1. Magyar egészségbiztosítás alapján (járóbeteg szak- és alapellátás)
4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
6. Fekvőbeteg részére végzett ellátás
- D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező
- E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, közösségi szabály alapján történő ellátás

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

TELEFONSZÁM

Amelyen szükség esetén konzultáció vagy sürgős eredményközlés céljából elérhető a vizsgálatot kérő orvos.

MEGJEGYZÉS

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

VIZSGÁLATOK KÉRÉSE

A megfelelő négyzetbe **X** jelöléssel történik.

VIZSGÁLATI MINTA

A minta típusát a megfelelő négyzetben **X**-szel jelölje. A vizsgálatokhoz **szérum minta**, illetve **EDTA-val ALVADÁSGÁTOLT VÉRMINTA** (lila kupakos cső) szükséges. A *-al jelölt vizsgálatok esetében mintavétel előtt a vérvétel és mintaszállítás követelményeiről érdeklődjön az 50057-es melléken!

TERÁPIA

Amennyiben a laboratóriumi mérés eredményét befolyásoló terápia történik, azt kérjük megnevezni.