DEBRECENI EGYETEM

KLINIKAI KÖZPONT
Laboratóriumi Medicina
H-4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 94.
Tel: 52/340-006, Fax:52/417-631

SARS-CoV-2 össz ellenanyagszint meghatározáshoz szükséges kérőlap

Név: ..... Szül. dátum: ..... TAJ-szám: .....

Kérem, hogy töltse ki a SARS-CoV-2 szerológiai vizsgálat megkéréséhez az alábbi kérőlapot:

I. Volt-e (igazolt) COVID-19 fertőzése?

1 - Igen, volt pozitív PCR/antigén vizsgálat

2 - Nem volt PCR/antigén vizsgálat, de tünetek jelentkeztek

3 - PCR/antigén vizsgálat negatív volt, de tünetek jelentkeztek

4 - Nem volt PCR/antigén vizsgálat, tünetek sem jelentkeztek

Dátum: .....

II. Kapott-e SARS-CoV-2 elleni oltást?

1 - Igen, egy oltást kapott

2 - Igen, két oltást megkapott

3 - Nem kapott oltást

Dátum: .....

III. Melyik oltást kapta?

1 - Pfizer/BioNTech

2 - Moderna

3 - AstraZeneca

4 - Sputnik V

5 - Sinopharm

6 - Janssen

KLINIKAI KÖZPONT
Laboratóriumi Medicina
H-4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 94.
Tel: 52/340-006, Fax:52/417-631

IV. Kapott-e harmadik (emlékeztető) oltást?

1 - Igen

2 - Nem

Igen esetén:

1 - Pfizer/BioNTech

2 - Moderna

3 - AstraZeneca

4 - Sputnik V

5 - Sinopharm

6 - Janssen

Dátum: .....

V. Kapott-e negyedik oltást?

1 - Igen

2 - Nem

Igen esetén:

1 - Pfizer/BioNTech

2 - Moderna

3 - AstraZeneca

4 - Sputnik V

5 - Sinopharm

6 - Janssen

Dátum: .....

KLINIKAI KÖZPONT
Laboratóriumi Medicina
H-4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 94.
Tel: 52/340-006, Fax:52/417-631

VI. Került-e kapcsolatba SARS-CoV-2 pozitív személlyel?

1 - Igen

2 - Nem

Dátum: .....

VII. Felmerül-e multiszisztémás gyulladásos szindróma?

1 – Igen, volt pozitív PCR/antigén vizsgálat

2 – Nem volt pozitív PCR/antigén vizsgálat, de tünetek jelentkeztek

3 – Nem

VII. Szedett-e immunszuppresszív gyógyszert az elmúlt 3 hónapban?

- Igen
- Nem

Gyógyszer neve:..... dózisa:.....

VIII. Kapott-e kemoterápiát az elmúlt 3 hónapban?

- Igen
- Nem

Kezelés neve:..... dózisa:.....

Dátum: Beküldő orvos