

VHIV-1m

Vizsgálatkérő lap HIV-1 RNS molekuláris vizsgálatokhoz

Kérjük nyomtatott
betűvel kitölteni,
kódokat beírni, ill a kívánt
kockákat jelölni!

Vizsgálatot kérő intézmény neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kódja: --

A vérvételt végző orvos kódja (pecsétszám):

neve:.....

Címzett laboratórium:

Nemzeti Népegészségügyi Központ

Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály
Retrovírusok Nemzeti Referencia Laboratóriuma
1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. **vagy**
1437 Pf. 777.

Tel.: 476-1126

e-mail: virologia@nnk.gov.hu

*IDE NE ÍRJON!
VIZSGÁLÓ LABORATÓRIUM
VONALKÓDJÁNAK HELYE*

A vérvétel dátuma: év hó nap

A beteg azonosítója:

A beteg neve:

TAJ szám: --

Születési idő: év hó nap

A beteg neme: férfi nő

A kért vizsgálat:

HIV-1 PCR

HIV-1 RNS kópiaszám meghatározás

HIV-1 törzsek gyógyszerrezisztencia vizsgálata

A vizsgálathoz kérjük közölni:

Antiretrovirális kezelésben részesült: IGEN NEM

Első HIV+ teszt eredményének dátuma: év hó nap

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

Dátum:.....

.....
Az orvos aláírása és pecsétje

Megjegyzés:

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