

*Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni, kódokat beírni, illetve a kívánt kockákat jelölni!*

## oltott gyermekek 15 hónapos korban kötelező hepatitisz B szűrővizsgálatához

**FIGYELEM!** A vérmintát a Nemzeti Népegészségügyi Központ, Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály, Virologiai Laboratóriumi Osztályára kell küldeni!

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos pecsét száma:

Törzs/naplószám:

**Címzett laboratórium:**

**Nemzeti Népegészségügyi Központ**

Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály

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

**1437 Pf. 777.**

**Tel: 476-1359, Fax: 476-1368**

*IDE NE ÍRJON!  
NNK MRLF VONALKÓD  
HELYE*

Név: .....

Lakóhelye:     .....

Anyja neve: .....

TAJ száma:         Születési ideje:

	időpontja (év/hó/nap):	megnevezése:
Védőoltások	HB immunglobulin: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	1. oltás: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	2. oltás: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	3. oltás: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Vérvétel időpontja:

A mintát a levétel napjától fagyaszttva tárolták:

Dátum: .....

Az orvos aláírása és pecsétje

A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap olvashatatlan, illetve ha a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek. Ha a mintát nem fagyaszttva tárolták, kérjük, három napon belül beküldeni!