

L Lyme-kór (borreliosis) vizsgálatkérő lap

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

| | |
|---|---|
| Beküldő neve, címe, telefon, fax: Beküldő kód: <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vizsgálatot kérő orvos kódja (pecsétszám): <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"/> <input type="checkbox"/> | Címzett laboratórium: B.-A.-Z. Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály Járványügyi és Klinikai Mikrobiológiai Laboratóriumok 3530 Miskolc, Meggyesalja u. 12. Tel.: (46) 354-611 Fax: (46) 502 207 Postacím: 3501 Miskolc, Pf.: 186 Beérkezett: Iktatószám: |
|---|---|

| |
|---|
| Beteg neve: |
| Taj száma: <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Születési ideje: <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"/> <input type="checkbox"/> |
| Születési neve: Anyja neve: |
| Állampolgársága: <input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> egyéb: |
| Lakcíme: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Térítési kategória: <input type="checkbox"/> Alapellátás, Járóbeteg szakell. (01) <input type="checkbox"/> Fekvőbeteg (06) <input type="checkbox"/> Nem biztosított beteg és/vagy OEP által nem térített vizsgálat (04) pl.: <input type="checkbox"/> Járványügyi (hatósági) vizsgálat (melyet az illetékes Járványügyi osztály rendel el!) <input type="checkbox"/> Munkaalkalmassági vagy egyéb térítésköteles vizsgálat térítés módja: <input type="checkbox"/> csekk <input type="checkbox"/> átutalás <i>A befizetett csekk másolatát / vagy a számlafizető adatait kérjük megadni a lap hátoldalán, mert e nélkül a vizsgálatot nem végezzük el!</i> <input type="checkbox"/> Egyéb térítési kategória: (Útmutató a járóbeteg-szakellátás és a gondozók teljesítmény-elszámolásának ügyviteléhez alapján kell a térítési kategóriát feltüntetni) |
| Ellátás tényét igazoló adat (naplószám/törzsszám): <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Vizsgálati anyag: natív vér szérum (Lehetőség szerint natív vérmintát kérünk!)
 liquor (csak szérummal együtt vizsgálható!)

Kért vizsgálat: Borrelia antitest kimutató (ELISA, VIDAS)
 Borrelia antitest Western Blot (mege erősítő vizsgálat)

Kullancscsípés ideje:

Tünetek kezdetének ideje és leírása:

- Bőr:
- Idegrendszer:
- Ízületek:
- Egyéb:

Jelenlegi klinikai tünet:

Fontosabb és előző laborleletek:

Eddig alkalmazott kezelés (napi dózis, időtartam):

első vizsgálat

ismételt vizsgálat/előző vizsgálat iktatószáma és eredménye:

Mintavétel ideje: (év hónap nap) óra perc

.....

.....
orvos aláírása, pecsétje

A kérérlap letölthető: <http://efrira1.antsz.hu/borsod/labor/mikro.htm>