

VBSz-T

Vizsgálatkérő lap Várandósok hepatitisz B vírus és *T. pallidum* szűrővizsgálatához

Beküldő neve, címe, telefon, fax (pecsét):

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos pecsét száma:

Törzs/naplószám:

Továbbító laboratórium neve, címe, telefon, fax (pecsét):

Továbbító kód:

Címzett laboratórium:

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti
Központ

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

Tel: (1)-476-1359

*NNGYK MRLF
VONALKÓD HELYE*

Név:.....

Születési név:.....

Lakóhelye:

TAJ száma:

Születési ideje:

Terhességi idő hetekben:

Szülés megindult:

Lezajlott szülés ideje: óra perc

Ismételt minta: HBsAg, *T. pallidum* (a megfelelő aláhúzendó).

Vérvétel tölti ki:

Vérvétel időpontja:

A mintát a levétel napjától

fagyasztva tárolták:

Orvos megjegyzése:

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 fagyasztva tárolták, kérjük, három napon belül beküldeni!