VBSz-O

Vizsgálatkérő lap

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 és Gyógyszerészeti Központ, Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály, Virológiai Laboratóriumi Osztályára kell küldeni!

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód: ☐☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐

Vizsgálatkérő orvos pecsétszáma: ☐☐☐☐☐

Törzs/naplószám: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Címzett laboratórium:

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály
1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. **vagy**
1437 Pf. 777.
Tel: 476-1359, Fax: 476-1368

NNGYK MRLF VONALKÓD HELYE

Név:……..

Lakóhelye: ☐☐☐☐……..

Anyja neve: ……...

TAJ száma: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Születési ideje: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Védőoltások	időpontja (év/hó/nap):	megnevezése:
	HB immunglobulin: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐	
	1. oltás: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐	
	2. oltás: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐	
	3. oltás: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐	

Vérvétel időpontja: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ A mintát a levétel napjától fagyasztva 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 fagyasztva tárolták, kérjük, három napon belül beküldeni!