



Veszprém Megyei
Kormányhivatal

MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

BAKTERIOLÓGIAI ÉS MIKOLÓGIAI VIZSGÁLATOKHOZ

VEMKH Népegészségügyi Főosztály
Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály

V-B/M

*Kérjük olvashatóan kitölteni,
a kódokat beírni, ill. a kívánt
kockákat jelölni!*

Beküldő intézmény neve, címe:	Telefonszáma:
	Vizsgálatot kérő orvos neve:
Beküldő kód:	Pecsétszáma: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Naplósorszám/ Törzsszám:	Aláírása, pecsétje: ORVOSI PH

Beteg neve:	Neme: <input type="checkbox"/> férfi <input type="checkbox"/> nő Állampolgársága:
Foglalkozása:	TAJ száma: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Születési ideje: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> év <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> hó <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> nap	Anyja neve:
Lakcím: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

Térítési kategória: <input type="checkbox"/> járványügyi vizsgálat OEP finanszírozott diagnosztikus vizsgálatok: <input type="checkbox"/> járóbeteg szakellátás <input type="checkbox"/> alapellátás <input type="checkbox"/> államközi szerződés <input type="checkbox"/> menedékes <input type="checkbox"/> menekült Térítéssel vizsgálatok: <input type="checkbox"/> fekvőbeteg szakellátás <input type="checkbox"/> Munkaalkalmassági <input type="checkbox"/> Szűrővizsgálat <input type="checkbox"/> Nem biztosított <input type="checkbox"/> egyéb	Betegség kezdete: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Beutaló kelte: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Mintavétel ideje: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Minta beérkezés ideje: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Minta sorszáma:
	<i>A laboratórium tölti ki!</i>

Vizsgálati anyag: <input type="checkbox"/> liquor <input type="checkbox"/> hemokultúra (vénapunkcióval) <input type="checkbox"/> hemokultúra (kanülből) <input type="checkbox"/> sebváladék (mélyszöveti), helye..... <input type="checkbox"/> sebváladék (felszíni), helye..... <input type="checkbox"/> punktatum, anatómiai hely szerint..... <input type="checkbox"/> kanül, anatómiai hely szerint..... <input type="checkbox"/> drain szivadék	<input type="checkbox"/> orrváladék <input type="checkbox"/> torok-,garatváladék <input type="checkbox"/> melléküreg váladék <input type="checkbox"/> köpet <input type="checkbox"/> trachea váladék <input type="checkbox"/> BAL-minta <input type="checkbox"/> fülváladék <input type="checkbox"/> fülváladék (újszülött) <input type="checkbox"/> kötőhártyaváladék	<input type="checkbox"/> vizelet (középsugár) <input type="checkbox"/> vizelet (egyszeri katéteres) <input type="checkbox"/> vizelet (állandó katéteres) <input type="checkbox"/> vizelet (punkciós) <input type="checkbox"/> uriclut <input type="checkbox"/> andrológiai minta <input type="checkbox"/> hüvely-váladék <input type="checkbox"/> cervix-váladék <input type="checkbox"/> <i>Str. agalactiae</i> szűrés (cervix és/vagy rectalis)	<input type="checkbox"/> bőrkaparék <input type="checkbox"/> körömkaparék <input type="checkbox"/> szövetminta <input type="checkbox"/> anyatej <input type="checkbox"/> epe <input type="checkbox"/> egyéb.....
---	--	---	---

Kért vizsgálat: baktérium tenyésztés +érzékenységi vizsgálat gomba tenyésztés gomba érzékenységi vizsgálat

Diagnózis:	BNO kód:	Gravida: <input type="checkbox"/>hét
Kórelőzmény:	Tünetek:	

Első vizsgálat Ismételt vizsgálat, az előző vizsgálat eredménye:

Alkalmazott antibiotikumok, antimikotikumok:

Antibiotikum, antimikotikum adásának kezdete: - **abbahagyásának időpontja:** -

A laboratórium ***nem dolgozza fel a vizsgálati mintát***, ha a kísérőlap hiányosan/olvashatatlanul kitöltött, ha a mintán és a kéréslapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek, ha a vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan, vagy ha a vétele/szállítása nem megfelelő módon történt.

A laboratórium csak a kéréslapon felsorolt vizsgálatokat végzi. A felsorolásban nem szereplő vizsgálat kérése esetén konzultáljon a laboratóriummal.

A laboratórium a vizsgálati eredményt **kizárólag a beküldő** egészségügyi szolgáltató címére postázza.