

**DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT**  
**LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET • www.labmed.hu**

Vizsgálatot kérő intézmény kódja:

Naplószám/Törzsszám:

Intézmény név, cím, osztály: .....

DE KK OSZTÁLY KÓD:

TB AZONOSÍTÓ JEL:

NEM: férfi  nő

SZÜLETÉSI DÁTUM:  év  hó  nap

VEZETÉKNÉV: ..... UTÓNÉV: .....

ANYJA NEVE: .....

LAKCÍM:

DIAGNÓZIS: ..... BNO KÓD:

Térítési kategória:  **Feltétlenül kitöltendő! ld. a hátoldalon**

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: ..... telefonszám: .....  
P.H.

e-mail: ..... fax szám: .....

DÁTUM:  év  hó  nap orvosi pecsétszám:

**IMMUNOLÓGIA • Telefon: (52) 411-717/55291**

MINTAVÉTEL DÁTUMA, IDŐPONTJA:  év  hó  nap  Óra

VIZSGÁLATI MINTA:  perifériás vér  egyéb ..... TERÁPIA: .....

**Anamnesztikus adatok:**

**AUTOANTITEST KIMUTATÁS (SZÉRUM MINTA SZÜKSÉGES)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anti-nukleáris antitest (ANA) meghatározás HEP-2 sejten   | <input type="checkbox"/> ANA és nukleoszóma elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> ANA és duplaszálú DNS elleni antitest   | <input type="checkbox"/> ANA és hiszton elleni antitest     |
| <input type="checkbox"/> Anti-nukleáris antitest (ANA) és anti-ENA (extrahálható nukleáris antigének) szűrőteszt - pozitív esetben kibontás (SS-A, SS-B, Sm, Sm/RNP, Scl-70, Jo-1 elleni antitestek) |   |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek I. (kardiolinipin és B2GPI elleni antitest, IgG/IgA/IgM)   |   |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek II. (protrombin elleni IgG/IgA/IgM antitest, foszfatidilszerin elleni IgG/IgM antitest)**  |   |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek III. (annexin V elleni IgG/IgM antitest)***  |   |
| <input type="checkbox"/> ANCA (p-ANCA, c-ANCA, atípusos ANCA; MPO, PR-3 elleni antitest)   |   |
| <input type="checkbox"/> Coeliakia (endomysium elleni antitest, IgA/IgG; transzglutamináz elleni antitest, IgA)  |   |
| <input type="checkbox"/> Autoantitestek kimutatása autoimmun májbetegségekben (ANA, mitokondrium, simaizom, LKM, AMA M2, LKM1, SLA, LC1, gp210, Sp100 elleni antitestek, ANCA-IIF)                   |   |
| <input type="checkbox"/> Autoantitestek kimutatása patkányszöveten (gyomor parietális sejt elleni antitest)  |   |
| <input type="checkbox"/> Myositis specifikus autoantitestek (AMA M2, Jo-1, PL-7, PL-12, PM-Scl-100, Mi-2, Ku, SRP, Rib-P elleni antitestek, ANA)   |   |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis irányú kivizsgálás (rheumatoid faktor-IgM, anti-CCP, ANA, ANCA-IIF)  |   |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nukleoszóma elleni antitest **         | <input type="checkbox"/> Szívizom elleni antitest   | <input type="checkbox"/> Rheumatoid faktor IgM                              |
| <input type="checkbox"/> Kettőszálú DNS elleni antitest **      | <input type="checkbox"/> Thrombocyta elleni antitest  | <input type="checkbox"/> CCP elleni <b>yagy</b>                             |
| <input type="checkbox"/> Riboszómális P protein elleni antitest | <input type="checkbox"/> Granulocyta elleni antitest  | <input type="checkbox"/> MCV elleni antitest                                |
| <input type="checkbox"/> Hiszton elleni antitest **             | <input type="checkbox"/> Gangliozid elleni antitestek (GM1, GD1b, GQ1b elleni IgM/IgG antitestek) | Vvt. elleni antitest (Coombs reakció)                                       |
| <input type="checkbox"/> C1q elleni antitest                    | <input type="checkbox"/> GBM elleni antitest  | <input type="checkbox"/> Direkt (heparinos cső szükséges)                   |
| <input type="checkbox"/> Endothelium elleni antitest            | <input type="checkbox"/> Mellékvesekéreg elleni antitest  | <input type="checkbox"/> Indirekt (natív cső szükséges)                     |
| <input type="checkbox"/> Spermium elleni antitest               | <input type="checkbox"/> ASCA IgG/IgA antitest  | <input type="checkbox"/> Meningococcus A és C poliszacharid elleni antitest |
|   | <input type="checkbox"/> Pancreas szigetsejt-, GAD elleni antitest                                | <input type="checkbox"/> Tetanus toxoid elleni antitest                     |

**FEHÉRJE MEGHATÁROZÁS (SZÉRUM MINTA SZÜKSÉGES)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Összkomplement aktivitás (CH50) + | <input type="checkbox"/> Immunkomplex   | <input type="checkbox"/> Hidegagglutinin meghatározás* |
| <input type="checkbox"/> Komplement 3-as faktor ⊗ ++       | <input type="checkbox"/> C1-észteráz inhibitor ⊗ ++   | <input type="checkbox"/> Krioglobulin kimutatás*       |
| <input type="checkbox"/> Komplement 4-es faktor ⊗ ++       | <input type="checkbox"/> Izohemagglutinin titer (a vércsoport megadása vagy plusz EDTA-s cső szükséges) |  |

**HLA-DQ MEGHATÁROZÁS (EDTA-val ALVADÁSGÁTOLT VÉRMENTA SZÜKSÉGES /lila kupakos cső/)**

- Lisztérzékenység (HLA-DQ2, DQ8 meghatározás)

\* Mintavétel előtt a vérvétel és mintaszállítás követelményeiről érdeklődjön az **50057-es** melléken!

+ Ha a minta 2 órán belül nem kerülhet a laboratóriumba, akkor natív vérmintát NEM, csak **fagyaszttva** tárolt és szállított szérum mintát fogadunk el!

++ Ha a minta 2 órán belül nem kerülhet a laboratóriumba, akkor natív vérmintát NEM, csak **hűtve** tárolt és szállított szérum mintát fogadunk el!

\*\* Megbeszélést igénylő vizsgálat! (Tel.: **55291 mellék**)

\*\*\* Csak fizetős szolgáltatásként végezzük a Térítéssel Betegellátási Központ közreműködésével (Tel.: 52-444 222).

⊗ Időkorlátos vizsgálat!

**DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT**  
**LABORATÓRIUMI MEDICINA LABORATÓRIUMI IMMUNOLÓGIA**  
**ÚTMUTATÓ A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP KITÖLTÉSÉHEZ**

**A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!**

**VIZSGÁLATOT KÉRŐ INTÉZMÉNY KÓDJA**

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja.

**DIAGNÓZIS**

*Feltétlenül kitöltendő!*

**TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA**

*Feltétlenül kitöltendő!*

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel írandó be.

1. Magyar egészségbiztosítás alapján (járóbeteg szak- és alapellátás)
4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
6. Fekvőbeteg részére végzett ellátás
- D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező
- E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, közösségi szabály alapján történő ellátás

**VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS**

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

**TELEFONSZÁM**

Amelyen szükség esetén konzultáció vagy sürgős eredményközlés céljából elérhető a vizsgálatot kérő orvos.

**MEGJEGYZÉS**

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

---

**VIZSGÁLATOK KÉRÉSE**

A megfelelő négyzetbe **X** jelöléssel történik.

**VIZSGÁLATI MINTA**

A minta típusát a megfelelő négyzetben **X**-szel jelölje. A vizsgálatokhoz **szérum minta**, illetve **EDTA-val ALVADÁSGÁTOLT VÉRMENTA** (lila kupakos cső) szükséges. A \*-al jelölt vizsgálatok esetében mintavétel előtt a vérvétel és mintaszállítás követelményeiről érdeklődjön az **50057**-es melléken!

**TERÁPIA**

Amennyiben a laboratóriumi mérés eredményét befolyásoló terápia történik, azt kérjük megnevezni.