

DEBRECENI EGYETEM, ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM
LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET • www.kbmpi.hu

Vizsgálatot kérő intézmény kódja: [][][][][][][][][][][][] Naplósorszám/törzsszám: [][][][][][][][][][][][]

Nem DEOEC intézmény esetén név, cím, osztály:

DEOEC OSZTÁLY KÓD: [][][][][] TB AZONOSÍTÓ JEL: [][][][][][][][][][]

NEM: férfi nő SZÜLETÉSI DÁTUM: [][][][][] év [][][] hó [][][] nap

VEZETÉKNÉV: UTÓNÉV:

LAKCÍM: [][][][][]

DIAGNÓZIS: BNO KÓD: [][][][][]

Térítési kategória: **Feltétlenül kitöltendő, ld. a hátoldalon!** Finanszírozó: [][][] **Feltétlenül kitöltendő!**

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: telefonszám:

PH.

DÁTUM: [][][][][] év [][][] hó [][][] nap orvosi pecsétszám: [][][][][][]

MEGJEGYZÉS:

LIQUOR • Telefon: (52) 411-717 / 54471, 55829

MINTAVÉTEL DÁTUMA, IDŐPONTJA: [][][][][] év [][][] hó [][][] nap [][][] óra [][][] perc

VIZSGÁLATI MINTA: natív vér liquor

MINTAVÉTEL HELYE: lumbal punctio ventricularis-punctio cystalis-punctio drain shunt

Kötelezően kitöltendő! műtéti terület orrváladék egyéb

TERÁPIA:

- Totál Protein
- Albumin
- Glükóz*
- IgG
- C-reaktív protein
- S-100 Protein
- D-dimer
- Albumin hányados*
- IgG/Albumin hányados*
- Sejtszám**
- Sejtösszetétel kvalitatív vizsgálata**
- Elektroforézis*
- Izoelektromos fókuszálás

* ezen vizsgálatok esetében a liquor minta mellett szérumból (1 cső natív vér) is szükség van.

** ezekre a vizsgálatokra a liquornak a mintavételtől számított 1 órán belül kell megérkeznie.

**DEBRECENI EGYETEM, ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM
LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET**

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. A DEOEC klinikái esetében nem kell kitölteni!

DEOEC OSZTÁLY KÓD

A Medsolution-ben használatos megfelelő kódot kérjük feltüntetni.

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)
 2. Magyar biztosítással nem rendelkező menekült
 3. Államközi szerződés alapján
 4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
 5. Magyar biztosítással nem rendelkező menedékes
 6. Fekvőbeteg részére végzett ellátás
 9. Külföldi Magyarok Központja költségvetéséből támogatva
- A. Befogadott külföldi állampolgár
B. Menekült, menedékes státuszt kérelmező

FINANSZÍROZÓ

Feltétlenül kitöltendő!

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

0. Társadalombiztosító
 1. „Segítő jobb” Humanitárius Alapítvány
 2. Pénzügyintézet Központ
 3. Kószikla Alapítvány
 4. Beteg általi befizetés csekken
 5. Providencia Biztosító
 6. Gyógyszerkísérlet
 7. Egyéb
 8. Belső finanszírozás
 9. Külső fekvőbeteg ellátó egészségügyi intézmény
 10. Külső nem egészségügyi intézmény
 11. ÁNTSZ
- NN. Nationale-Nederlanden

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. Vizsgálatokat lehet profil szerint vagy egyedileg kérni.

Ha profil szerint és egyedileg is kérünk vizsgálatot, akkor figyeljünk arra, hogy olyan egyedi kérés ne történjen, ami szerepel profil kérésben is.

VIZSGÁLATI MINTA

A minta típusát a megfelelő négyzetben **X**-szel jelölje, egyéb minta esetén kérjük a minta típusának megnevezését.

TERÁPIA

Amennyiben olyan terápia kerül alkalmazásra, amely a laboratóriumi mérés eredményét befolyásolhatja, azt kérjük megnevezni.