

Vizsgálatot kérő intézmény neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kódja:     -  -

A vérvételt végző orvos kódja (pecsétszám):

neve: .....

**Címzett laboratórium:**  
**Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ**  
 Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály  
**Retrovírusok Nemzeti Referencia Laboratóriuma**  
 1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. vagy  
 1437 Pf. 777.  
**Tel.:** 06-1-476-1149  
**e-mail:** virologia@nngyk.gov.hu

**NNGYK MRLF**  
**VONALKÓD HELYE**

A vérvétel dátuma:     év   hó   nap

A beteg azonosítója:

A beteg neve: .....

TAJ szám:    -    -    Születési idő:     év   hó   nap

A beteg neme:  férfi  nő

Térítési kategória:  Járóbeteg  Fekvőbeteg  Fizetős vizsgálat  Egyéb:

A kért vizsgálat:

HIV-1 RNS kópiaszám meghatározás (mennyiségi meghatározás)  HIV-1 PCR (minőségi meghatározás)

HIV-1 törzsek gyógyszerrezisztencia vizsgálata  HIV-1 provírus gyógyszerrezisztencia vizsgálat (alacsony kópiaszám esetén kérhető)

A vizsgálathoz kérjük közölni:

Antiretrovirális kezelésben részesült:  IGEN  NEM

PrEP alkalmazása (az elmúlt 6 hónapban):  IGEN  NEM

Első HIV+ teszt eredményének dátuma:     év   hó   nap

Gyógyszerrezisztencia vizsgálat kizárólagos kérése esetén, kérjük, hogy adja meg az aktuális vírus kópiaszám értékét .....kópia/ml

Az orvos egyéb közlése: .....(a hátoldalon folytatható)

Dátum: .....

\_\_\_\_\_  
Az orvos aláírása és pecsétje

**Megjegyzés:**

**Vizsgálatonként legalább 5 ml alvadásgátolt (EDTA) vérmintát** kell jól zárható vérvételi csőben beküldeni. A vérmintát a vérvételt követő **24 órán belül el kell juttatni a laboratóriumba!**

A vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan (vagy csak korlátozottan alkalmas) ha az anyag vétele/tárolása/szállítása nem megfelelő módon történt. A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérlap olvashatatlan, illetve ha a mintán és a kísérlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.