

## oltott gyermekek 15 hónapos korban kötelező hepatitisz B szűrővizsgálatához

**FIGYELEM!** A vérmintát a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály, Virologiai Laboratóriumi Osztályára kell küldeni!

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos pecsét száma:

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:

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

**Vérvétel időpontja:**

A mintát a levétel napjától fagyaszta 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 fagyaszta tárolták, kérjük, három napon belül beküldeni!