**QUANTIFERON VIZSGÁLATKÉRŐ LAP**

Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
6720 Szeged, Korányi fasor 6.

| | | |
|---|---|---|
| PÁCIENS | **Neve:** | **TAJ:** |
| | **Születési neve:** | **Születési helye:** |
| | **Anyja neve:** | **Szül. dátuma:** **Neme:** ffi ☐ nő ☐ |
| | **Lakcíme:** irányítószám helység utca házszám | |
| BEKÜLDŐ | **Napló/törzsszám:** | **Térítési kategória:** járóbeteg ☐ fekvőbeteg ☐ fizető ☐ egyéb ☐ ..... |
| | **Beküldő munkahely neve és címe:** | **Orvos neve:** Pecsét nélkül nem érvényes! |
| | | **Pecsétszáma:** P.H. |
| | **Beküldő kódja:** | **Telefonszám:** aláírás |
| | **Diagnózis:** | **BNO kód:** |

**Vizsgálati minta:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ☐ Natív vér | ☐ Inkubált vér | ☐ Plazma |

**Mintavétel ideje: 201..…….. ……óra……perc**

**Inkubálás kezdete:……vége:…..…….**

**Vizsgálat célja:**

| | |
|---|---|
| **Biológiai terápia előtti szűrés:** | **Igen / Nem** |
| **Differenciál diagnózis:** | **Igen / Nem** |
| **Kontakt személy ill. egészségügyi dolgozó szűrése:** | **Igen / Nem** |
| **Külföldi utazás:** | **Igen / Nem** |
| **Egyéb:** | |

**Előzmények**

| | |
|---|---|
| **Korábban kezelték-e TBC miatt?** | **Igen / Nem** |
| **Mantoux-próba eredménye:** | **Pozitív / Negatív** |

**Immunállapota:**

- **részesül-e immunszuppresszív kezelésben?** **Igen / Nem**
- **részesül-e kemoterápiás kezelésben?** **Igen / Nem**
- **transzplantált?** **Igen / Nem**

**Egyéb megjegyzés**