



PTE KK IMMUNOLÓGIAI ÉS BIOTECHNOLÓGIAI INTÉZET,  
7624 PÉCS, SZIGETI ÚT 12.

Laborvezető szakorvos: Dr. Berki Tímea, Tel.: 72/536-147, Fax: 72/536-289 e-mail: berki.timea@pte.hu

Beteg neve: ..... Születési dátum: .....  
BetegTAJ-száma: ..... Lakcímetek irányítószáma: .....  
Beteg lakcíme: ..... Beteg telefonszáma: .....

Napló/Törzsszám: ..... Térítési kategória: 4 egyéb

Beküldő osztály kódja: ..... BNO Kód: .....

Orvos neve: ..... Pecsétszám: ..... Telefonszám: .....

Levelezési cím: .....

Fax szám: ..... e-mail cím: .....

Számlázási cím: .....

**Eredményközlés: EESZT rendszeren keresztül.**

### IMMUNOLÓGIAI VIZSGÁLTATKÉRŐ LAP/ KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES SZERZŐDÉS

#### Szisztémás autoantitestek:

##### **Rheumatológiai panel:**

- ANA szűrőteszt ELISA
- kettősszálú-DNS
- nukleoszoma (kromatin)
- centromer Cenp-B (ACA)
- ENA szűrőteszt
- ENA:Sm RNP SSA SSB Scl-70 Jo-1
- CCP (MCV)
- Rheumatoid Factor IgG/A/M

##### **Foszfolipid szindróma panel:**

- prothrombin IgG/M\*
- cardiolipin IgG/M
- $\beta$ 2 glycoprotein-1 IgG/M\*

##### **Vasculitis/vese panel:**

- MPO (p-ANCA) / PR3 (c-ANCA)
- glomerulus bazalmembrán (GBM)\*
- anti-C1q

##### **Myositis panel: (25 antigén)**

- Mi-2, PMScl, Jo-1, Ku, Pl-7, Pl-12, AMA-M2, Rib-P, SRP PMScl100, PMScl75, MI-2a, MI-2b, TIF1y, MDA5, NXP2, SAE1, EJ, OJ, RO-52, cN-1A, Jo-1, KU, SRP, PL-7, PL-12#

##### **Infertilitás panel:**

- ANA, dsDNA, coeliakia, TG/TPO, foszfolipid antitest szűrés

- Szisztémás Sclerosis (scleroderma)** (13 antigén)

Ár (Ft)

3.000,-  
2.000,-  
2.000,-  
2.000,-  
3.000,-  
8.000,-  
3.000,-  
5.000,-

5.000,-  
4.000,-  
4.000,-

4.000,-  
3.000,-  
3.000,-

15.000,-

20.000,-

15.000,-

#### Szervspecifikus autoantitestek:

##### **Endokrin panel:**

- Pajzsmirigy: thyreoglobulin / TPO
- Diabetes/metabolikus sy: GAD65#
- Diabetes/metabolikus sy: IA2 #
- Inzulin

##### **Gasztrointesztinális panel:**

- gyomor parietális sejt(GPC)/intrinsic faktor\*
- ANCA: MPO (p-ANCA) / PR3 (c-ANCA)
- ASCA IgG/A#
- Coeliakia: tTG IgG/A + gliadin IgA
- Coeliakia: endomysium IgA/G
- Autoimmun hepatitis: AMA-M2,LKM1,LC1,Sp100 SLA/LP, gp210, F-aktin\*, tropomyosin, aktinin

##### **Bőrgyógyászati diagnosztika:**

- pemphigus/bullózus pemphigoid antitest
- Dermatology Profile (Desg1,Desg3,BP180,BP230,Env,ColVII)

##### **Posztinfekciós diagnosztika:**

- Borrelia Burgdorferi IgG/M ELISA + IgM WB
- Chlamydia pneumoniae IgG/A/M
- Mycoplasma pneumoniae IgG/A/M
- Chlamydia trachomatis IgG/A
- Yersinia enterocolitica IgG/A/M
- Helicobacter pylori IgG/A

Ár (Ft)

5.000,-  
4.000,-  
4.000,-  
3.000,-

4.500,-  
4.000,-  
4.000,-  
6.000,-  
6.000,-  
8.000,-

3.000,-  
15.000,-

8.000,-  
6.000,-  
6.000,-  
4.000,-  
6.000,-  
4.000,-

**Minta küldés:** 1-2 ml szérumszelés centrifugált csőben, eppendorf kapszulában vagy más arra alkalmas eszközben +4°C-on tárolva 72 h-n belül, vagy -20 °C-on tárolt fagyasztott szérumszelés. A !-lel jelölt vizsgálatoknál 1 db EDTAs cső 24 órán belül szobahőn tárolva. \*Járóbeteg-szakellátás indexált tevékenységi kódokkal rendelkező vizsgálatok. Laboratóriumunkban vérévételi lehetőség nincs!



PTE KK IMMUNOLÓGIAI ÉS BIOTECHNOLÓGIAI INTÉZET,  
7624 PÉCS, SZIGETI ÚT 12.

Laborvezető szakorvos: Dr. Berki Tímea, Tel.: 72/536-147, Fax: 72/536-289 e-mail: berki.timea@pte.hu

**Mintavétel időpontja:**     év   hó   nap   óra

Alulírott vizsgáltkérő orvos tudomásul veszem a hátoldalon írt feltételeket, és azok ismeretében kérem a fenti vizsgálat elvégzését.

.....  
**orvos aláírása, pecsét**

.....  
**mintavevő aláírása**

Labor tölti ki!

Minta beérkezési ideje:

Mintaátvevő aláírása:

### A VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉNEK FELTÉTELEI

1. A vizsgálat díját a vizsgáltkérő lapon meghatározott díjlista tartalmazza.
2. Fekvőbeteg ellátás (6-os térítési kategória) esetén a vizsgáltkérő orvos (egészségügyi szolgáltató) köteles a megrendelt vizsgálatok elvégzéséért járó díjat a PTE által kiállított számla ellenében, annak kézhezvételétől számított 30 napon belül átutalni a Pécsi Tudományegyetem MÁK 10024003-00282716-01170003 bankszámlájára. (Megjegyzés rovatba kérjük feltüntetni a BETEG TAJ számát és az IBI rövidítést, mely laboratóriumunkat azonosítja.)
3. Amennyiben az orvos a vizsgálatot 4-es térítési kategóriában kéri, akkor adminisztrációs okokból kérjük, hogy a befizetést igazoló bizonylatot a Vizsgálat kérőlap mellé csatolni szíveskedjenek, ellenkező esetben a vizsgálatot nem áll módunkban elvégezni.
4. Amennyiben a vizsgáltkérő orvos bármely esedékes számláját nem egyenlítette ki, a PTE annak kiegyenlítéséig megtagadhatja a következő vizsgálat elvégzését.

A feltételeket vállalom:

Dátum:.....

.....  
orvos aláírása

### Elektronikus leletküldés igénylése

Ezúton kérem a beküldött vizsgálati mintám eredményének elektronikus úton történő megküldését a vizsgálatot kérő orvos számára.

Dátum:.....

.....  
beteg aláírása