



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: ..... Lakcímeinek irányítószáma: .....  
 Beteg lakcíme: ..... Beteg telefonszáma: .....  
 Napló/Törzsszám: ..... Térítési kategória: 4 egyéb   
 6 fekvő   
 Beküldő osztály kódja: ..... BNO Kód: .....  
 Orvos neve: ..... Pecsétszám: ..... Telefonszám: .....  
 Levelezési cím: .....  
 Fax szám: ..... e-mail cím: .....  
 Számlázási cím: .....

**Eredményközlés: EESZT rendszeren keresztül.**

**AUTOIMMUN NEUROLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐLAP**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Onkoneurális antitestek (12 antigén) 15.000. Ft</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Aquaporin-4 és MOG (myelin oligodendrocyta glycoprotein) elleni autoantitest (NMO) 10.000 Ft</b> |
| Hu / Small cell lung cc.(SCLC), emlő <input type="checkbox"/> szérum                       |  |
| Yo / emlő, ovarium, nőgyógy. <input type="checkbox"/> liquor                               |  |
| Ri / emlő, SCLC  |  |
| Ma-2/Ta / here, emlő, tüdő   | <input type="checkbox"/> <b>Acetilcolin receptor elleni autoantitest 8.000 Ft</b>  |
| CV2.1 / thymoma, SCLC  | (15 munkanap)  |
| Amp / emlő, SCLC   |  |
| Recoverin / SCLC   | <input type="checkbox"/> <b>Musk elleni autoantitest 5.000 Ft</b>  |
| SOX-1 / SCLC   | (15 munkanap)  |
| Titin / thymoma  |  |
| zic-4 / Hodgkin's lymphoma   | <input type="checkbox"/> <b>GAD-65-I2 elleni autoantitestek 5.000 Ft</b>   |
| GAD-65 / SCLC, emlő; colon carcinoma   | (15 munkanap)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Gangliozid antitestek IgG és IgM izotípus 10.000 Ft</b>        | <input type="checkbox"/> <b>Autoimmun encephalitis antitestek 30.000 Ft</b>  |
| GM1,GM2,GM+3,GM4,GD1a,GD2,GD3,GT1a,GT1b,GQ1b   | NMDR   |
| (IgG és IgM külön is kérhető, ára izotípusonként 10.000Ft.igény esetén kérjük feltüntetni) | GABAB-R <input type="checkbox"/> szérum  |
| <input type="checkbox"/> <b>NMDR elleni autoantitest 12.000 Ft</b>                         | AMPA1 <input type="checkbox"/> liquor  |
|  | LGI1   |
| <input type="checkbox"/> <b>Borrelia Burgodorferi 8.000 Ft</b>                             | AMPA2  |
| IgG/M ELISA + IgM WB <input type="checkbox"/> szérum                                       | CASPR2   |
| <input type="checkbox"/> liquor  |  |

**Minta küldés:** 1-2 ml szérum zselés centrifugált csőben, eppendorf kapszulában vagy más arra alkalmas eszközben +4°C-on tárolva 72 h-n belül, vagy -20 °C-on tárolt fagyasztott szérum. Autoimmun encephalitis és NMDR elleni antitest vizsgálatokhoz liquor minta (1 ml) javasolt, de szérum mintából is elvégezzük.

Laboratóriumunkban vérvételi lehetőség nincs!

**Mintavétel időpontja:**     év   hó   nap   óra

Alulírott vizsgálatkérő 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 vizsgálatkérő lapon meghatározott díjlista tartalmazza.
2. Fekvőbeteg ellátás (6-os térítési kategória) esetén a vizsgálatkérő 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 **11731001-23135385-00000000** 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 kérelmlap mellé csatolni szíveskedjenek, ellenkező esetben a vizsgálatot nem áll módunkban elvégezni.
4. Amennyiben a vizsgálatkérő orvos bármely esedékes számláját nem egyenlítettte 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