



KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES CELLULÁRIS IMMUNOLÓGIAI VIZSGÁLATHOZ

PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

a NAH által NAH-9-0007/2026 számon akkreditált orvosi vizsgálólaboratórium

Laborvezető szakorvos: Prof. DR. Berki Tímea, tel.: 72-536-147;72-536-307, immbio@pte.hu

Beteg neve: Születési dátum:
BetegTAJ-száma: Születési neve:
Beteg anyja neve: Beteg telefonszáma:
Beteg lakcíme:
Beküldő osztály kódja: Napló/Törzsszám:
BNO Kód: Térítési kategória: 4 egyéb
Orvos neve: Pecsétszám: Telefonszám:
Levelezési cím: e-mail cím:
Számlázási cím:

Eredményközlés: a minta laboratóriumba érkezést követő 7 munkanapon belül az EESZT rendszeren keresztül.

Kérjük párhuzamosan kérjenek vérkép vizsgálatot, annak eredménye szükséges az abszolút sejtszámok megadásához.

1. Immunsejtek fenotípus meghatározása (A+B)

Árak:

- A) Alap limfocita populációk meghatározása B, B1, Th, Tc, NK, NKT[#] szubpopulációk % és absz.sejtszám
CD3/CD45 % és abszolút T-sejtszám
CD4/CD8 % és absz.sejtszám[#] 25.000 Ft
- B) Aktivitási markerek, naív/memória sejt arány meghatározása CD3/4/CD25, CD3/HLA-DR, CD8/HLA-DR aktivitási markerek[#]
CD3/CD45RO memóra /CD45RA naív memoria sejtarány[#] 19.000 Ft

2. Abszolút sejtszám meghatározása

- Transzplantáció monitorozás CD3/CD45 arány (%) és abszolút T-sejtszám 6.000 Ft
- Immunhiány CD4/CD8 arány(%)a és abszolút sejtszám[#] 15.000 Ft
- Rituximab monitorozás CD19/CD5 arány (%) abszolút B-sejtszám[#] 13.000 Ft

3. HLA-B27 fenotípus meghatározás

- HLA-B27 antigén kimutatás[#] 13.000 Ft
Kétes eredmény esetén génszintű vizsgálat[#]
- HLA-B27 PCR vizsgálat 25.000 Ft

Minta: EDTA-val alvadásgátolt perifériás vérminta, szobahőmérsékleten tárolva, 6 órán belül érkezzen a laboratóriumba. A mintákkal kapcsolatos információk és a teljes vizsgálati paletta megtalálható a www.immbio.hu/diagnosztika honlapon.

Mintafogadás: hétfő - csütörtök 8.00-15.00 h

A NAH által nem akkreditált vizsgálatok # megjelöléssel vannak feltüntetve.

Intézetünkben vérvételre is van lehetőség, melyre előzetes időpont egyeztetés az alábbi telefonszámon lehetséges hétköznapokon 9 és 15 óra között: 72/536-307

Mintavétel időpontja: év hó nap óra

Alulírott vizsgálatkérő orvos tudomásul veszem az alábbi írt feltételeket, és azok ismeretében kérem a fenti vizsgálat elvégzését.



KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES CELLULÁRIS IMMUNOLÓGIAI VIZSGÁLATHOZ

PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

a NAH által NAH-9-0007/2026 számon akkreditált orvosi vizsgálólaboratórium

Laborvezető szakorvos: Prof. DR. Berki Tímea, tel.: 72-536-147;72-536-307, immbio@pte.hu

.....
orvos aláírása, pecsét

Labor tölti ki!

Minta beérkezési ideje:

.....
mintavevő aláírása

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 10300002-10011256-00064901 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 kéri lap mellé csatolni szíveskedjenek, ellenkező esetben a vizsgálatot nem áll módunkban elvégezni.
4. Amennyiben a vizsgálatkérő orvos vagy magánszemély bármely esedékes számláját nem egyenlítette ki, a PTE annak kiegyenlítéséig megtagadhatja a következő vizsgálat elvégzését.

A feltételeket vállalom:

Dátum:.....

.....
orvos aláírása