



# KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES CELLULÁRIS IMMUNOLÓGIAI VIZSGÁLATHOZ

PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.  
a NAH által NAH-9-0007/2021 számon akkreditált orvosi vizsgálólaboratórium  
Laborvezető szakorvos: Dr. Berki Tímea, tel.: 72-536-147;72-536-307, [immbio@pte.hu](mailto: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<sup>#</sup> szubpopulációk % és absz.sejtszám  
CD3/CD45 % és abszolút T-sejtszám  
CD4/CD8 % és absz.sejtszám<sup>#</sup> 25.000 Ft
- B) Aktivitási markerek, naív/memória sejt arány meghatározása  CD3/4/CD25, CD3/HLA-DR, CD8/HLA-DR aktivitási markerek<sup>#</sup>  
CD3/CD45RO memóra /CD45RA naív memoria sejtarány<sup>#</sup> 19.000 Ft

## 2. Abszolút sejtszám meghatározása

- Transzplantáció monitorozás  CD3/CD45 arány (%) és abszolút T-sejtszám 6.000 Ft
- Immunihiány  CD4/CD8 arány(%)a és abszolút sejtszám<sup>#</sup> 15.000 Ft
- Rituximab monitorozás  CD19/CD5 arány (%) abszolút B-sejtszám<sup>#</sup> 13.000 Ft

## 3. HLA-B27 fenotípus meghatározás

- HLA-B27 antigén kimutatás<sup>#</sup> 13.000 Ft  
Kétes eredmény esetén génszintű vizsgálat<sup>#</sup>
- HLA-B27 PCR vizsgálat 25.000 Ft

**Minta:** EDTA-val alvadástól 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](http://www.immbio.hu/diagnosztika) és a [www.kk.pte.hu](http://www.kk.pte.hu) 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.

.....  
orvos aláírása, pecsét

.....  
mintavevő aláírása



# KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES CELLULÁRIS IMMUNOLÓGIAI VIZSGÁLATHOZ

PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.  
a NAH által NAH-9-0007/2021 számon akkreditált orvosi vizsgálólaboratórium  
Laborvezető szakorvos: Dr. Berki Tímea, tel.: 72-536-147;72-536-307, [immbio@pte.hu](mailto:immbio@pte.hu)

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 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