

DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT  
LABORATÓRIUMI MEDICINA • www.kbmpi.hu

Vizsgálatot kérő intézmény kódja:

Naplósorszám/törzsszám:

Intézmény név, cím, osztály: .....

TB AZONOSÍTÓ JEL:

NEM: férfi  nő  SZÜLETÉSI DÁTUM:  év  hó  nap

VEZETÉKNÉV: ..... UTÓNÉV: .....

LAKCÍM:  .....

DIAGNÓZIS: ..... BNO KÓD:

Térítési kategória:  *Feltétlenül kitöltendő, ld. a hátoldalon!*

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: ..... telefonszám: .....

PH.

DÁTUM:  év  hó  nap

orvosi pecsétszám:

**MARFAN SZINDRÓMA IRÁNYÚ MOLEKULÁRIS GENETIKAI VIZSGÁLAT** • Tel: (52) 255-039

CSALÁDVIZSGÁLAT ESETÉN AZON CSALÁDTAGOK NEVE ÉS ROKONSÁGI FOKA, AKIKTŐL MINTÁT KÜLDTEK:

.....

MINTAVÉTEL DÁTUMA, IDŐPONTJA:  év  hó  nap **A mintát nem szabad lefagyasztani!**

VIZSGÁLATI MINTA:  citrátos vér  EDTA-s vér  egyéb .....

**CSALÁDI ANAMNÉZIS**

Marfan szindrómás első fokú rokon  igen  nem  nem ismert

Ectopia lentis  igen  nem

**Z-pontszám kiszámításához szükséges adatok**

Aortagyök (cm): ..... Testmagasság: ..... Testsúly: .....

**Szisztémás tünetek pontozása**

Tünet	Érték	Pozitivitás
Hüvelykujj- ÉS csuklótünet	3	
Hüvelykujj- VAGY csuklótünet	1	
Pectus carinatum	2	
Pectus excavatum vagy mellkas aszimmetria	1	
Lábdeformitás (sarok valgus állása)	2	
Pes planus	1	
Pneumothorax	2	
Dura ectasia	2	
Protrusio acetabuli	2	
Csökkent felső szegmens/alsó szegmens ÉS emelkedett karfeszítávolság/magasság arány súlyos scoliosis <b>NÉLKÜL</b>	1	
Scoliosis vagy thoracolumbalis kyphosis	1	
Csökkent könyök extensio	1	
<b>Arckarakter (3/5 pozitív)</b>		
Dolichocephalia		
Malaris hypoplasia	1	
Enophthalmus		
Retrognathia		
Lefelé ívelő szemrés		
Striak a bőrön	1	
Myopia > 3 dioptria	1	
Mitralis billentyű prolapsusa	1	

**Összpontszám (maximum 20 pont, ≥7 pont=szisztémás érintettség)**

**DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT**  
**LABORATÓRIUMI MEDICINA**

**ÚTMUTATÓ A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP KITÖLTÉSÉHEZ**

**A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!**

**VIZSGÁLATOT KÉRŐ INTÉZMÉNY KÓDJA**

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja.

**DIAGNÓZIS**

*Feltétlenül kitöltendő!*

**TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA**

*Feltétlenül kitöltendő!*

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel írandó be.

1. Magyar egészségbiztosítás alapján (járóbeteg szak- és alapellátás)
4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
6. Fekvő beteg részére végzett ellátás
- D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező
- E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, közösségi szabály alapján történő ellátás

**VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS**

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

**TELEFONSZÁM**

Amelyen szükség esetén konzultáció vagy sürgős eredményközlés céljából elérhető a vizsgálatot kérő orvos.

**MEGJEGYZÉS**

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

---

**VIZSGÁLATOK KÉRÉSE**

A megfelelő négyzetbe **X** jelöléssel történik.

A csillaggal (\*) jelzett vizsgálatoknál kérjük, hogy a módszertani levélnek megfelelően járjanak el.

**VIZSGÁLATI MINTA**

A minta típusát a megfelelő négyzetben **X**-szel jelölje, egyéb minta esetén kérjük a minta típusának megnevezését.

A vizsgálati mintát postai úton is el lehet küldeni. A mintát nem szabad lefagyasztani, elküldésig +4 °C-on kérjük tárolni!

A t(9;22) vizsgálatokra mintát minden nap 14 óráig fogadunk el, a mintavétel és a minta beérkezése között maximum 6 óra telhet el!