

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΙΜΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		Ηπατίτιδα Β				Ηπατίτιδα C				HTLV I/II	
		<i>HbsAg</i>				<i>Αντί-HVC</i>				<i>Αντί-HTLV I/II</i>	
		<i>Αντί-HBc ολικό</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>	
		<i>Αντί-HBe</i>									
		<i>HBe Ag</i>				AIDS				ΣΥΦΙΛΗ	
		<i>Αντί-HBs</i>				<i>Αντί-HIV I/II</i>				<i>RPR/VDRL</i>	
		<i>Τίτλος Αντί-HBs(IU/L)</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>	
										Γενικό Σύνολο*	

Ημερομηνία:

Ο υπεύθυνος για τη χρέωση

Ο Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση