

FÉMALLERGIA VIZSGÁLATKÉRŐ LAP LTT VIZSGÁLATHOZ

Beküldő:	Mintavevő neve:
Dátum:	Csővek fajtája, száma:
Mellékletek felsorolása:	

Páciens neve:	Vizsgálatba bevonni kívánt fémek: <input type="checkbox"/> alumínium (alumínium klorid) <input type="checkbox"/> arany (arany) <input type="checkbox"/> cink (cink klorid) <input type="checkbox"/> cirkónium (cirkónium dioxid) <input type="checkbox"/> ezüst (ezüst acetát) <input type="checkbox"/> higany (higany klorid) <input type="checkbox"/> kadmium (kadmium klorid) <input type="checkbox"/> kobalt (kobalt klorid) <input type="checkbox"/> króm (króm klorid) <input type="checkbox"/> mangán (mangán klorid) <input type="checkbox"/> molibdén (molibdén oxid) <input type="checkbox"/> nikkel (nikkel szulfát) <input type="checkbox"/> palládium (palládium klorid) <input type="checkbox"/> réz (réz szulfát) <input type="checkbox"/> titán (titán dioxid) <input type="checkbox"/> vanádium (vanádium klorid) <i>Kérjük tegyen X-et a vizsgálni kívánt fém(ek) elé!</i>
Születési hely, idő:	
TAJ:	
Lakcím:	
Ismert fertőző betegség:	
Mely fémek okozhatták feltehetően a tüneteket?	
Tünetek jelentkezésének időpontja:	
Tapasztalt tünetek:	
Egyéb, a vizsgálat szempontjából fontos megjegyzések:	

Igényelt laboratóriumi vizsgálat: Limfocita transzformációs teszt – _____ fém vizsgálata <i>Kérjük a megfelelő számokkal jelezze az aláhúzás helyén a vizsgálni kívánt fémek mennyiségét! A vizsgálni kívánt fémek mennyisége egy kérlappal maximum négy lehet.</i>

Vérvétel ideje (dátum, óra, perc):

A vizsgálattal kapcsolatos kiegészítő információk
A vizsgálatot a Diagnosticum Zrt. végzi a megbízásából. A vizsgálatot kizárólag előjegyzés alapján végezzük. Mintavételi csőtípus: Li-heparinos vérvételi cső (10 ml). A teszt pozitív eredménye arra utal, hogy a vizsgált anyag allergiás reakciót indíthat be a szervezetben. A negatív laboratóriumi eredmény nem zárja ki a szervezetben az allergiás reakció kialakulásának lehetőségét! Negatív eredmény esetén további vizsgálatokra lehet szükség!