



**IMLAAT – Autoantitest kimutatása**(Szükséges minta: **natív vér vagy szérum, piros kupakos csőben**)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anti-nukleáris antitest (ANA) meghatározás HEp-2 sejten  | <input type="checkbox"/> ANA és nukleoszóma elleni antitest |
| <input type="checkbox"/> ANA és duplaszálú DNS elleni antitest  | <input type="checkbox"/> ANA és hiszton elleni antitest     |
| <input type="checkbox"/> Anti-nukleáris antitest (ANA) és ENA (extrahálható nukleáris antigének) szűrőteszt – pozitív esetben kibontás (SS-A, SS-B, Sm, Sm/RNP, Scl-70, Jo-1 elleni antitestek) |   |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek I.(kardiolin és B2GPI elleni antitest, IgG/IgA/IgM)   |   |
| <input type="checkbox"/> Antifoszfolipid antitestek II.(protrombin elleni IgG/IgA/IgM antitest, foszfadilszerin és annexinV elleni IgG/IgM antitest) *  |   |
| <input type="checkbox"/> ANCA I. (p-ANCA, c-ANCA, atípusos ANCA; MPO, PR-3 elleni antitest)   |   |
| <input type="checkbox"/> ANCA II. (Lactoferrin, baktericid/permeabilitást növelő protein (BPI), Lizozim, Elastase, Cathepsin G elleni antitestek) *   |   |
| <input type="checkbox"/> Coeliakia (endomysium elleni antitest, IgA/IgG; transzglutamináz elleni antitest, IgA) – indokolt esetben anti-DGP ⊗   |   |
| <input type="checkbox"/> Autoantitestek kimutatása autoimmun májbetegségekben (ANA, mitokondrium, simaizom, LKM, AMA M2, LKM1, SLA, LC1, gp210, Sp100 elleni antitestek, ANCA-IIF)**            |   |
| <input type="checkbox"/> Autoantitestek kimutatása patkányszöveten (mitokondrium, simaizom, parietális sejt, retikulín, LKM elleni antitestek)  |   |
| <input type="checkbox"/> Myositis specifikus autoantitestek (AMA-M2, Jo-1, PL-7, PL-12, PM-Scl-100, Mi-2, Ku, SRP, Rib-P elleni antitestek, ANA) **   |   |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis irányú kivizsgálás (RF-IgM, anti-CCP, ANA, ANCA-IIF)  |   |

**Egyedi vizsgálatkérés**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nukleoszóma elleni antitest **             | <input type="checkbox"/> TG elleni antitest **           | <input type="checkbox"/> Rheumatoid faktor IgM             |
| <input type="checkbox"/> Kettőszálú DNS elleni antitest **          | <input type="checkbox"/> TPO elleni antitest             | <input type="checkbox"/> CCP elleni antitest <b>VAGY</b>   |
| <input type="checkbox"/> Riboszómális P protein elleni antitest     | <input type="checkbox"/> Thrombocyta elleni antitest     | <input type="checkbox"/> MCV elleni antitest               |
| <input type="checkbox"/> Hiszton elleni antitest **                 | <input type="checkbox"/> Granulocyta elleni antitest     | <input type="checkbox"/> Vvt elleni antitest (Coombs       |
| <input type="checkbox"/> C1q elleni antitest                        | <input type="checkbox"/> Gangliozidok elleni antitest    | reakció)   |
| <input type="checkbox"/> Endothelium elleni antitest                | <input type="checkbox"/> (IgM/IgG) (GM1, GD1b, GQ1b)     | <input type="checkbox"/> direkt (heparinos cső szükséges!) |
| <input type="checkbox"/> Spermium elleni antitest                   | <input type="checkbox"/> GBM elleni antitest             | <input type="checkbox"/> indirekt (natív cső szükséges!)   |
| <input type="checkbox"/> Szívizom elleni antitest                   | <input type="checkbox"/> Mellékvesekéreg elleni antitest |  |
| <input type="checkbox"/> Pancreas szigetsejt -, GAD elleni antitest | <input type="checkbox"/> ASCA IgG/IgA antitest           |  |

\* Csak fizetés szolgáltatásként végezzük. \*\* Megbeszélést igénylő vizsgálat! (Tel.: 55291 mellék) ⊗ Időkorlátos vizsgálat!

**IMLSEJT – Sejtes vizsgálatok**(Szükséges minta: **heparinnal alvadástólított vér, zöld kupakos csőben**)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Limfocita alcsoportok (T (Th, Tc, CD4/CD8 arány), B, NK, NKT „like” sejtek) | <input type="checkbox"/> Fagocitafunkció vizsgálat |
| <input type="checkbox"/> Aktivált T-sejtek (CD3/CD69 – korai, CD3/HLADR – késői)                     | <b>Abszolút granulocitaszám szükséges!!!</b>       |
| <input type="checkbox"/> HLA-B27/HLA-B7 meghatározás   | <b>Pénteken 11:00 óráig fogadunk mintákat.</b>     |

**Megbeszélést igénylő sejtes vizsgálatok**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Naiv és memória T és B sejt profil (naiv, centrális és effektor memória T-sejtek és memória B-sejtek) | <input type="checkbox"/> Adhéziós molekulák (CD11a, CD11b, CD11c, CD18)       |
| <input type="checkbox"/> Intracitoplazmatikus citokin profil (Th1, Th2, Tc1 és Tc2) *  | <input type="checkbox"/> Invariáns NKT sejtek (CD3/Vα24 „6B11 klón”)          |
| <input type="checkbox"/> Th17 sejtarány (CD4/IL17)   | <input type="checkbox"/> Aktivált monociták (CD14/CD16)                       |
| <b>*Pénteken 09:00 óráig fogadunk mintákat.</b>  | <input type="checkbox"/> Regulatórikus T-sejtek (CD4/CD25 <sup>bright</sup> ) |

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CD5/CD20/CD19 sejtarány (Rituximab terápia) | <input type="checkbox"/> CD95+ T és B sejtek (CD3/CD95, CD19/CD95) |
| <input type="checkbox"/> CD20/CD19 sejtarány (immundeficienciák)     | <input type="checkbox"/> CD40L (CD154) vizsgálat *                 |
| <input type="checkbox"/> CD3/ TCR αβ/γδ                              | <input type="checkbox"/> CD34 sejtarány (össejt marker)            |
|  | <b>*Pénteken NEM fogadunk mintákat CD40L vizsgálatra!</b>          |

**Megbeszélhető szolubilis citokin vizsgálatok**Minta: **szérum, natív vér piros kupakos csőben**

- |   |                                       |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> IL-1 szint ⊕   | <input type="checkbox"/> IL-4 szint ⊕ | <input type="checkbox"/> IL-10 szint ⊕ | <input type="checkbox"/> IFN-gamma szint ⊕ |
| <input type="checkbox"/> IL-2 szint ⊕   | <input type="checkbox"/> IL-6 szint ⊕ | <input type="checkbox"/> IL-13 szint ⊕ | <input type="checkbox"/> TNF-alfa szint ⊕  |
| <input type="checkbox"/> TGF-β szint ⊕ (!!! Minta : plazma, heparinnal alvadástólított vér, zöld kupakos csőben)                                    |                                       |  |  |
| ⊕ Ha a minta 2 órán belül nem kerülhet a laboratóriumba, akkor natív vérmintát NEM, csak fagyasztva tárolt és szállított szérum mintát fogadunk el! |                                       |  |  |

**IMLALL – Allergia vizsgálatok**(Szükséges minta: **natív vér vagy szérum, piros kupakos csőben**)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profil 1 – Fák 1 – korai virágzású   | <input type="checkbox"/> Profil 6 – Gyomok 2  | <input type="checkbox"/> Profil 11 – Rovarok      |
| <input type="checkbox"/> Profil 2 – Fák 2 – késői virágzású   | <input type="checkbox"/> Profil 7 – Hámok     | <input type="checkbox"/> Profil 12 – Élelmiszer 1 |
| <input type="checkbox"/> Profil 3 – Fűvek 1 – korai virágzású | <input type="checkbox"/> Profil 8 – Tollak    | <input type="checkbox"/> Profil 13 – Élelmiszer 2 |
| <input type="checkbox"/> Profil 4 – Fűvek 2 – késői virágzású | <input type="checkbox"/> Profil 9 – Háziporok | <input type="checkbox"/> Profil 14 – Élelmiszer 3 |
| <input type="checkbox"/> Profil 5 – Gyomok 1                  | <input type="checkbox"/> Profil 10 – Gombák   | <input type="checkbox"/> Össz. IgE meghatározás ⊗ |

Az allergia vizsgálatok kérése előtt tekintse át a mellékelt tájékoztatót! ⊗ Időkorlátos vizsgálat! Lásd a mellékelt tájékoztatót.

**Megbeszélést igénylő vizsgálatok**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Latex         | <input type="checkbox"/> Ampicillin-HSA  | <input type="checkbox"/> Cefalosporin-HSA |
| <input type="checkbox"/> Penicilloyl G | <input type="checkbox"/> Amoxicillin-HSA | <input type="checkbox"/> Csokoládé        |
| <input type="checkbox"/> Penicilloyl V | <input type="checkbox"/> Tetraciklin-HSA |   |

**IMLGEN – Molekuláris genetikai vizsgálatok**(Szükséges minta: **EDTA-val alvadástólított vér, lila kupakos csőben**)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Lisztérzékenység (HLA-DQ2, DQ8 meghatározás) |
|---|

**Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Belgyógyászati Intézet „C” épület,  
Regionális Immunológiai Laboratórium**

**Útmutató a vizsgálatkérő lap kitöltéséhez**

A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

**TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA**

*Feltétlenül kitöltendő!* A fekvő- és járóbeteg kategóriákat a megfelelő négyzetbe tett X-el jelölje. Egyéb esetben az alábbiak közül a megfelelő kód (szám vagy betűjel) írandó be.

KÓD	Jelentése
1	magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás
2	magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
3	államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás
4	egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása
5	magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
6	fekvő beteg részére végzett ellátás
61	magyar biztosítás alapján kórházi fekvőbeteg részére végzett szűrővizsgálat
9	külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb)
0A	befogadott külföldi állampolgár
0D	menekült, menedékes státuszt kérelmező
0E	elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás
0F	orvostudományi kutatásokkal, gyógyszerek, vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatával összefüggő beavatkozások
0G	orvostudományi kutatásokkal, gyógyszerek, vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatával összefüggő beavatkozások miatt bekövetkezett szövődmény ellátása
0K	külföldi (nem magyar biztosított) donor ellátása
0M	magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás
0R	magyar biztosítás alapján részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése.
0S	Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

**BEKÜLDŐ ORVOS**

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

**BEKÜLDŐ INTÉZMÉNY KÓDJA**

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja.

**TELEFONSZÁM**

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

**VIZSGÁLATI MINTA**

A minta típusát a megfelelő négyzetben X-szel jelölje. Mintaként alvadásgátlót nem tartalmazó csőbe levett perifériás (natív) vér vagy EDTA-val / heparinnal alvadásgátlót perifériás vér, illetve vizelet alkalmas. Egyéb esetekben pl.: csontvelő, a kérlapon az egyéb kategóriában a minta megnevezését tüntesse fel.

**TERÁPIA**

Amennyiben a laboratóriumi mérés eredményét befolyásoló terápia történik, azt kérjük megnevezni.

**MEGJEGYZÉS**

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

**VIZSGÁLATOK KÉRÉSE**

A megfelelő négyzetbe X jelöléssel történik. A **megbeszélést igénylő vizsgálatokat** \* jelzéssel tüntettük fel a fehérje és autoantitest meghatározásoknál. A sejtes és allergia vizsgálatoknál, valamint a szolubilis citokinek esetében a megbeszélhető vizsgálatok külön csoportban találhatóak. Az adott vizsgálatot az **55291**-es melléken beszélheti meg a részlegvezetővel.  
*Limfocita szubpopulációk esetén az abszolút számuk meghatározáshoz abszolút limfocita szám szükséges!*

**JELÖLÉSEK**

**\*Megbeszélést igénylő vizsgálat! (Tel.: 55291 mellék)**

**\*\*A mintát 37°C-on kell tárolni a laboratóriumba érkezésig!!! A vizsgálatához külön minta szükséges (10 ml-es natív cső)**

⊕ Ha a minta 2 órán belül nem kerülhet a laboratóriumba, akkor natív vérmintát NEM, csak fagyasztva tárolt és szállított **szérum** mintát fogadunk el!

⊗ Időkorlátos vizsgálat! Az időkorlátozás a **DGP, endomysium ellen antitest(IgA+G) és a transzglutamináz** esetében **3 hónap**, míg a **szérum és vizelet béta-2-mikroglobulin**, valamint a **szérum kappá, lambda, IgG,IgA,IgM** és az **össz.IgE** estében **1 hónap**. Ezen időintervallumon belül a meghatározás nem kérhető újra.

**Az allergia vizsgálati profilok táblázata:**

Allergén	Profil jelzése és elnevezése	Allergén	Profil jelzése és elnevezése	
Éger	P1. Fák 1.-Korai virágzású	Penicillium notatum	P10. Gombák	
Mogyoró		Cladosporium herbarum		
Szil		Aspergillus fumigatus		
Fűz		Alternaria Alternata		
Nyár				
		Méh	P11. Rovarok	
Juhar	P2. Fák 2-Késői virágzású	Darázs		
Nyír		Csótány		
Tölgy		Lódarázs		
Szil				
Olajfa		Tojásfehérje	P12. Élelmiszer 1	
Dió		Tehéntej		
		Tőkehal		
Csillagpázsit	P3. Fűvek- Korai virágzású	Búzaliszt		
Angolperje		Földimogyoró		
Réti komócsin		Szójabab		
Réti perje				
Fenyércirok		Földimogyoró		
Kodaköles		Dió	P13. Élelmiszer 2	
		Mogyoró		
Borjúpázsit	P4. Fűvek- Késői virágzású	Mandula		
Angolperje		Kókuszdió		
Réti komócsin				
Rozs		Mandula	P14. Élelmiszer 3	
Selyemperje	Paradicsom			
	Narancs			
Parlagfű	P5. Gyomok 1	Eper		
Feketeüröm		Kiwi		
Lándzsás útifű		Dinnye		
Aranyvessző		Banán		
Disznóparéj		Őszibarack		
			Megbeszélhető	
Libatop	P6. Gyomok 2	Latex		
Ballagófű		Penicilloyl G		
Lándzsás útifű		Penicilloyl V		
Juhsóska		Ampicillin-HSA		
		Amoxicillin-HSA		
Macskahámszövet	P7. Hámok	Tetraciklin-HSA		
Kutyahámszövet		Cefalosporin-HSA		
Lószőr				
Tehénszőr		Csokoládé		
Libatoll	P8. Tollak			
Csirketoll				
Kacsatoll				
Pulykatoll				
				P9. Háziporok
Házipor				
Poratka				
Lisztatka				
Csótány				