

**VIZSGÁLATKÉRŐLAP GOMBAMÉRGEZÉS ESETÉN  
AMANITIN VIZSGÁLATHOZ**

SOMOGY VÁRMEGYEI KAPOSÍ MÓR OKTATÓ KÓRHÁZ  
KÖZPONTI LABORATÓRIUM  
KAPOSVÁR, TALLIÁN GYULA U. 20-32, TEL: 82/501-300 mellék: 1821

1. A beküldő intézmény neve:.....

címe:.....

Beküldő részleg neve..... NEAK kódja.....

telefonszáma:..... fax/email:.....

Beküldő orvos neve:.....Orvos pecsét (pecsétszám).....

értesítendő telefonszáma.....

2. A beteg neve:.....születési neve.....

anyja neve.....születési ideje.....

TAJ száma:.....

lakcíme:.....

3. Küldött mintatípus:                      vér                       vizelet

4. Az elfogyasztott gomba leírása, megnevezése:

kalap: .....tönk:.....

lemezes vagy likacsos volt-e a termőréteg:.....

gallérja volt                       bocskora volt                       csoportos volt a gomba

Az elfogyasztott gomba beteg szerinti neve:.....

5. A gombaétel elkészítésének módja:

.....

6. Az elkészítéstől a fogyasztásig eltelt idő:

.....

7. A fogyasztástól a megbetegedésig eltelt idő:

.....

8. Klinikai tünetek: hányás  hasmenés  idegrendszeri tünetek

egyéb, mégpedig:.....

.....

9. Mintavétel időpontja: 20.....év .....hó .....nap .....óra .....perc

10. Egyéb megjegyzés:

.....

**A rendelkezésre álló laboratóriumi eredményekből kérünk 1 pld-t a vizsgálatkérő laphoz csatolni (GOT, GTP, GGT, INR...).**

Pecset, aláírás:

Dátum:.....