

Beküldő intézmény: SEMMELWEIS EGYETEM

Beküldő kód: **KSZO 0 1012**Vizsgáltkérő orvos kódja (pecsétszám): **42373**

Elérhetőség (telefonszám):

Koordinátori email cím:
korhazhigiene@semmelweis-univ.hu

Címzett laboratórium:

Nemzeti Népegészségügyi Központ

Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály

1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. **vagy****1437 Pf. 777.****Tel: (1) 476-1100 vagy (1) 476-1356****IDE NE ÍRJON!**
VIZSGÁLÓ LABORATÓRIUM
VONALKÓDJÁNAK HELYE

Név: _____

Születési idő: év hó napTAJ szám: - - A vérvétel dátuma: év hó napKötelező gyermekkori immunizáción túl kapott-e kanyaró ellen oltást: **IGEN / NEM** (kérjük aláhúzni)időpontja: év hó napnem emlékszik az időpontjára/nincs dokumentáció: ☐

Megjegyzés (ismert autoimmunbetegség, immunrendszert érintő terápia, vért/vérkészítményt kapott-e, egyéb):.....

Dátum:.....

Az orvos aláírása és pecsétje

Hozzájáruló nyilatkozat**A kanyaró immunstátusz felmérésben való részvételhez**

Az egészségügyi dolgozók körében végzett kanyaró elleni immunstátusz felmérés célja, hogy azon egészségügyi dolgozók számára, akiknél az ellenanyagok kimutatására irányuló laboratóriumi vizsgálat alapján felmerül a kanyaró elleni fogékonyság, felajánlásra kerüljön az MMR elleni védőoltás. Az ellenanyagok alacsony szintje a védőoltással kialakuló védettség komplex mechanizmusa miatt nem jelenti feltétlenül a védettség hiányát, de mivel az egészségügyi dolgozók fokozott kockázatnak vannak kitéve a kanyaró vírussal történő expozíció szempontjából, esetükben indokolt az MMR elleni védőoltás.

Kijelentem, hogy a kanyaró elleni immunstátusz felmérésben való részvétellel és a kanyaró elleni védőoltással kapcsolatos tájékoztatást megkaptam és megértettem. Tudomásul veszem, hogy a megadott adataimat s az immunstátusz vizsgálat és az MMR védőoltások szervezése érdekében az illetékes egészségügyi államigazgatási szervek kezelik.

Beleegyezek a kanyaró elleni immunstátusz vizsgálatban való részvételbe.

Dátum: Budapest, 2021. július _____

A nyilatkozó aláírása

Hozzájárulok továbbá, hogy a tőlem levett vérminta anonimizálást követően más kórokozók vonatkozásában a védettség populációs szintű meghatározása érdekében felhasználásra kerüljön. A vizsgálatok megkezdése előtti anonimizálás után a személyes adataim és a vérminta, illetve annak az eredménye a későbbiekben semmilyen módon nem lesz összekapcsolható.

Dátum: Budapest, 2021. július _____

A nyilatkozó aláírása