**VIZSGÁLATKÉRŐLAP GOMBAMÉRGEZÉS ESETÉN AMANITIN VIZSGÁLATHOZ**

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

1.A beküldő intézmény neve:..………………………………………………………………….

címe:………………………………………….............................................................................

beküldő részleg neve…………………………..…..kódja:……………………………………..

telefonszáma:…………………………………fax/email:….…………………………………...

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

értesítendő telefon száma:………………………….

2. A Beteg neve:……………………………….születési neve…………………………………

anyja neve…………………………………......születési ideje………………………………….

TAJ:………………………………………………..

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

Egyéb megjegyzés ………………………..…………………………………………………………………………

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

Dátum:………………………………………….