

**MANCHESTER MEDICAL MICROBIOLOGY PARTNERSHIP**

Manchester University NHS Foundation Trust and Public Health England -  
Public Health Laboratory, Manchester

ILOG Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# SEROLOGY REQUEST

Laboratory Number

*laboratory use only*

Date Collected (dd/mm/yy)

--	--	--	--	--	--

Time Collected (hr/min)

--	--	--	--	--	--

contact phone number for urgent results reporting

Sender's Referral Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Routine  Urgent

Specimen Type

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Surname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Forename(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth (dd/mm/yyyy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NHS Number (IMPORTANT)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gender

Female  Male

District Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospital / Reference Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Private

Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Town

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Post Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consultant / GP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ward / Department / Surgery / Health Centre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Location / Hospital

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**KEEP WRITING WITHIN THE BOX LINES FILL BOXES LIKE THIS X KEEP WRITING WITHIN THE BOX LINES**

**Clinical Features**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatic       | <input type="checkbox"/> Lower Respiratory Tract Infection   | <input type="checkbox"/> Post Vaccination    | <input type="checkbox"/> Suspected Congenital Infection    |
| <input type="checkbox"/> Diarrhoea/Vomiting | <input type="checkbox"/> Myocarditis / Pericarditis          | <input type="checkbox"/> Pyrexia             | <input type="checkbox"/> Upper Respiratory Tract Infection |
| <input type="checkbox"/> Immunocompromised  | <input type="checkbox"/> Neurological Disease (give details) | <input type="checkbox"/> Rash (give details) | <input type="checkbox"/> Localised Skin Lesion             |

Date of Onset (dd/mm/yy)

--	--	--	--	--	--

Other (give details):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recent Travel

Yes  No

Date of Travel (dd/mm/yy)

--	--	--	--	--	--

Country of Travel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Urine Antigen Detection**

- Legionella Antigen  Pneumococcal Antigen

**Serological Tests (7 mls clotted blood)**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chlamydia Serology                  | <input type="checkbox"/> Herpes simplex 1&2 - Acute (IgM)       | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 - Immunity (IgG)                |
| <input type="checkbox"/> CMV - Acute infection (IgM)         | <input type="checkbox"/> Herpes simplex 1&2 - Immunity (IgG)    | <input type="checkbox"/> Q Fever serology                               |
| <input type="checkbox"/> CMV - Immunity (IgG)                | <input type="checkbox"/> Herpes simplex - type specific IgG     | <input type="checkbox"/> Rubella - Acute infection (IgM)                |
| <input type="checkbox"/> Cryptococcal antigen screen         | <input type="checkbox"/> HIV - Screen                           | <input type="checkbox"/> Rubella - Immunity (IgG)                       |
| <input type="checkbox"/> EBV - Acute infection               | <input type="checkbox"/> HTLV Screen                            | <input type="checkbox"/> Streptococcal Serology (ASO & ASD)             |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A - Acute infection (IgM) | <input type="checkbox"/> Lyme Disease Screen                    | <input type="checkbox"/> Syphilis - Screen                              |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A - Immunity (IgG)        | <input type="checkbox"/> Measles - Acute infection (IgM)        | <input type="checkbox"/> Toxoplasma Serology                            |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B - surface Antigen       | <input type="checkbox"/> Measles - Immunity (IgG)               | <input type="checkbox"/> Transplant Assessment (inc BMT/HSCT)           |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B - core Antibody         | <input type="checkbox"/> Mumps - Acute infection (IgM)          | <input type="checkbox"/> Varicella Zoster virus - Acute infection (IgM) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B - surface Antibody      | <input type="checkbox"/> Mumps - Immunity (IgG)                 | <input type="checkbox"/> Varicella Zoster virus - Immunity (IgG)        |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C - Screen                | <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae serology         | <input type="checkbox"/> Other Serology (specify)                       |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis D - Delta serology        | <input type="checkbox"/> Organ Donor Assessment                 |   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis E Serology                | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 - Acute infection (IgM) |   |

**Confirmation serology (laboratory to laboratory requests only)**

- Hepatitis B - Confirmation  
 Hepatitis C - Confirmation  
 HIV - Confirmation  
 Syphilis - Confirmation