

Vizsgáltkérő és adatlapok a Veszprémi Területi Vérellátónál
Hatályos 2010. január 1-
1.0. verzió

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

NEM VÁLASZTOTT VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLŐLAP

Beteg neve:..... Anyja neve:

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap:

A beteg neme: férfi nő

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzendó):

Lakhely:

Diagnózisok:**Kód:**

.....

.....

Betegággy melletti vércsoport: ABO: Rh:**Vérkészítmények:****1. Vörösvérsejt koncentrátum**

mennyiség E

2. Friss fagyasztott plazma (FFP)

mennyiség E

sejtszegény ,

sejtszegény, osztott

3.. Trombocita koncentrátum

mennyiség E

fiz.sóban reszuszpendált

szűrt

irradiált

gépi aferezisből

Sürgősség: Nem: Igen: Oka:

Megjegyzés:

.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék)

Dátum:

Kérjük, hogy speciális vérkészítmény igény és sürgősség esetén vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

**VIZSGÁLATKÉRŐ LAP ANYAI VÉRMINTA ABO, RhD MEGHATÁROZÁSHOZ ÉS
ELLENANYAGSZŰRÉSHEZ**

Beteg neve:.....

Anyja neve:

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám/ naplósorszám (a megfelelő aláhúzendó):

Lakhely: €€€€€.....

Diagnózis:**BNO Kód:****Betegágy melletti vércsoport: ABO: Rh:**

- | | | | |
|-----|--|-------|------|
| 1. | Kapott-e valaha vérkészítményt? | Igen: | Nem: |
| | Ha igen, 3 hónapon belül? | Igen: | Nem: |
| 2. | Volt-e transzfúziós szövődménye? | Igen: | Nem: |
| 3. | Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? | Igen: | Nem: |
| 4. | Korábbi vércsoport -szerológiai eredménye? ? (lelet / dátum / labor) | | |
| 5. | Immunizálták-e? | Igen: | Nem: |
| 6. | Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? | Igen: | Nem: |
| 7. | Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t? | Igen: | Nem: |
| 8. | Gyógyszerei:..... | | |
| 9. | Sürgősség: Nem: Igen: Oka: | | |
| 10. | Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) | | |

Újszülött(ek):

Név:, TAJ: ideiglenes Igen Nem

Név:, TAJ: ideiglenes Igen Nem

Név:, TAJ: ideiglenes Igen Nem

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:, sürgősség esetén óra perc is.

.....
Mintavevő aláírása.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

VIZSGÁLATKÉRŐ LAP IRREGULÁRIS ANTITEST MEGHATÁROZÁSHOZ

Beteg neve:..... Anyja neve:

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€

A beteg neme: férfi nő

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő):

Lakhely: €€€€.....

Diagnózisok:**Kód:**

.....

.....

Betegágymelletti vércsoport: ABO: Rh:

1. Kapott-e valaha vérkészítményt? Igen: Nem:
Ha igen, 3 hónapon belül? Igen: Nem:
2. Volt-e transfúziós szövődménye? Igen: Nem:
3. Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? Igen: Nem:
4. Korábbi vércsoport -szerológiai eredménye? (lelet / dátum / labor)
.....
5. Immunizálták-e? Igen: Nem:
6. Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? Igen: Nem:
7. Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t? Igen: Nem:
8. Van-e gyanú AIHA-ra? Igen: Nem:
9. Gyógyszerei :.....
10. **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:
11. Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: , sürgősség esetén óra perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék)

Dátum:

Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

BEJELENTÉS ÚJSZÜLÖTTEK, CSECSEMŐK ADATVÁLTOZÁSÁRÓL

Beteg neve (korábbi):

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ, ideiglenes:

Anyja neve:

Beteg neve névváltoztatás után:

TAJ, új:

A változást igazoló orvos aláírása, pecsétszáma:

....., 200

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

LELETMÁSOLAT-IGÉNYLŐ LAP

Beteg neve

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ száma:

Vizsgálat megnevezése:

Vizsgálat elvégzésének ideje:.....

A másolatkérés oka: elveszett: egyéb:

....., 200

A másolatot kérő orvos aláírása, pecsétje:

.....

Igénylés érkeztetése az OVSZ-nél:.....**LELETMÁSOLAT KIADÁSA**

A másolat kiadható: € nem adható ki: € amennyiben nem adható ki, az igénylő értesítése

személyesen: € telefonon: € történt.

....., 200.. ..

.....

aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója:

....., 200.. ..

.....

kiadó

Személyes átvétel esetén az igénylő képviselőjének (átvevő) aláírása, pecsétje:

.....

átvevő

....., 200.. ..

Jelen adatlap az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény előírásainak történő megfelelést is szolgálja.