

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Tatabányai Területi Véllátóban  
Hatályos 2009. március 1-  
1.0. verzió**

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

## VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLŐ LAP

**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:**

**BNO Kód:**

.....

.....

**Betegágy melletti vércsoport: ABO: .....**      **Rh: .....**

**Vérkészítmény fajtája:** .....

**Egyéb igény:** Mosott    Irradiált    Szűrt

**Mennyiség:**      E

Mikorra kéri a készítményt (dátum, óra): .....

**Sürgősség:** Nem:    Igen:    Oka: .....

Egyéb megjegyzés (vérminta, beteg): .....

**Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék ):

.....

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

.....  
perc is.  
óra  
, sürgősség esetén

.....  
Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója  
megnevezése .....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

## Vizsgálatkérő lap

### ABO, RhD meghatározáshoz és ellenanyagszűréshez

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:****BNO Kód:**

.....

.....

**Betegágy melletti vércsoport: ABO: ..... Rh: .....**

1. Kapott-e valaha vérkészítményt? Igen: Nem:

Ha igen, 3 hónapon belül? Igen: Nem:

2. Volt-e transfúziós szövödménye? Igen: Nem:

3. Terhességek száma: ..... Volt-e UHB-s újszülöttje? Igen: Nem:

4. Korábbi vércsoport -szerológiai eredménye? (lelet / dátum / labor)

5. Immunizáltak-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 )

**Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

perc is.

óra

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése .....

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék ):

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:

## 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:**

.....

.....

**Betegágy melletti vércsoport: ABO: .....** **Rh: .....**

- |     |  |       |      |
|-----|--|-------|------|
| 1.  | Kapott-e valaha vérkészítményt?                                    | Igen: | Nem: |
|     | Ha igen, 3 hónapon belül?  | Igen: | Nem: |
| 2.  | Volt-e transfúziós szövödménye?                                    | Igen: | Nem: |
| 3.  | Terhességek száma: ..... Volt-e UHB-s újszülöttje?                 | Igen: | Nem: |
| 4.  | Korábbi vércsoport -szerológiai eredménye? (lelet / dátum / labor) | ..... |      |
| 5.  | Immunizáltak-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. | <b>Sürgősség:</b> Nem: Igen: Oka: .....                            |       |      |
| 11. | Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) .....                          |       |      |

**Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék ): .....

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

perc is.

óra

, sürgősség esetén

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése .....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

**Kísérőlap anyai vérminták kivizsgálásához  
(ABO, RhD és ellenanyagszűrés)**

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?<br>Ha igen, 3 hónapon belül?               | Igen: | Nem: |
| 2.  | Volt-e transfúziós szövödménye?  | 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.  | <b>Sürgősség:</b> 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

Dátum: ..... Aláírás: ..... Pecsét: .....

óra perc is.

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése .....

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék ): .....

**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:

**ADATLAP 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: .....

Budapest, 200 .....

✂ -----

**ADATLAP 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: .....

Budapest, 200 .....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

## VIZSGÁLATKÉRŐ LAP TROMBOCITA ELLENES ANTITEST VIZSGÁLATHOZ

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:****BNO Kód:**

.....

.....

**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 vércsoportszerológia eredménye? .....        |       |      |
| ..... |  |       |      |
| 5.    | Immunizáltak-e?                                      | Igen: | Nem: |
| 6.    | Volt-e szerv- vagy szövetátültetése?                 | Igen: | Nem: |
| 7.    | Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t?                 | Igen: | Nem: |
| 8.    | A beteg trombocita száma: .....                      |       |      |
| 9.    | A vizsgálatkérés oka:                                |       |      |
|       | - refrakter állapot                                  |       |      |
|       | - nem hemolitikus lázas reakció                      |       |      |
|       | - újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia |       |      |
|       | - egyéb: .....                                       |       |      |
| 10.   | Gyógyszerei: .....                                   |       |      |
- Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) .....

**Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

Dátum: ..... Aláírás: ..... Pecsét: .....

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék ): .....

.....  
perc is.  
óra

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

.....  
Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója  
megnevezése .....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:



Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

## Vércsoport-szerológiai vizsgálatkérő lap szerv transzplantáció előtti kivizsgáláshoz

Milyen szerv transzplantációra vár?.....

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:****BNO Kód:**

.....

.....

**Vércsoport: ABO: ..... Rh: .....**

- |       |  |       |      |
|-------|--|-------|------|
| 1.    | Kapott-e valaha vérkészítményt?  | Igen: | Nem: |
|       | Ha igen, 3 hónapon belül?  | Igen: | Nem: |
| 2.    | Volt-e transfúziós szövödménye?  | Igen: | Nem: |
| 3.    | Terhességek száma: ..... Volt-e UHB-s újszülöttje?                       | Igen: | Nem: |
| 4.    | Korábbi vércsoportszerológia eredménye? .....                            |       |      |
| ..... |  |       |      |
| 5.    | Immunizáltak-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.    | Egyéb megjegyzés: (Irregularis antitest, citotoxikus antitest jelenléte) |       |      |
| ..... |  |       |      |

Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék) : .....

, sürgősség esetén óra perc is.

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója  
megnevezése .....



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.**