

Vizsgálatkérő és adatlapok a Szekszárdi Területi Vérellátónál
Hatályos 2009. július 1-
1.0. verzió



VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Vércsoport (AB0, Rh, ellenanyagszűrés)

Választott vér igénylése

Egyéb vizsgálat(ok): _____

Beteg neve: _____ TAJ szám: _____ - _____ - _____

Születési dátum: (év,hó,nap) _____ Azonosító típusa:

Leánykori név: _____ Törzsszám: _____

Anyja neve: _____ Naplósorszám: _____

Lakcím: _____

Beküldő: _____

Térítési kategória: Beteg neme: férfi nő

Külföldi -Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is): _____

Diagnózis: _____ BNO:

Vércsoport vizsgálat kérésekor is ki kell tölteni!

Vércsoport: **ABO:** _____ **Rh(D):** _____

Kapott-e a beteg valaha vérkészítményt? igen nem

Ha igen, az 3 hónapon belül történt? igen (az utolsó dátuma: _____) nem

Volt-e transfúziós szövődménye? igen (dátuma: _____) nem

Milyen szövődmény?: _____

Korábbi terhességek száma: _____ Volt-e ÚHB-s újszülöttje?: igen nem

Jelenlegi terhesség esetén: GESTATIO HÉT: _____

Jelen terhessége során kapott-e anti-D IgG-t? igen (DÁTUMA: _____) nem

Szülészeti esemény időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

Újszülött neve: _____ Törzsszáma: _____ Neme: fiú lány

Volt-e szerv vagy szövetátültetése? igen (dátuma: _____) nem

Korábbi vércsoportszerológiai eredmény: _____

Küldött vérminta levételének ideje: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

Igényelt vérkészítmény:	Mikorra kérik: dátum: óra:	Mennyiség:	Sürgősség: (bekarikázni)	Sürgősség indoka:
			igen nem	
			igen nem	

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap **Probléma esetén hívható telefonszám:** _____

Igénylő orvos neve: _____ Pecsétje:

Konzulens neve: _____ Pecsétszáma: _____

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:

....., 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:

....., 200



Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium

**VIZSGÁLATKÉRŐ LAP
TROMBOCITA-SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATOKHOZ**

Beküldő intézet:	Kódja:
Beteg neve:	Anyja neve:.....
Születési neve:	Születési dátum: év hó nap
TAJ-szám:-.....-.....	Beteg neme: férfi / nő
	Azonosító típusa: Térítési kategória:
Lakcím:	Ir. szám:.....
Külföldi- Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is):	
Naplószám / törzsszám /:	BNO kód: 1 2
Vizsgálatkérés dátuma:	Vérvétel ideje:
Vizsgálatkérő szakorvos aláírása és pecsétje:	

Igényelt vizsgálat:

Trombocita ellenes **antitest** kimutatása / natív, nem géles vérminta /

Trombocita **kompatibilitási** vizsgálat / natív, nem géles vérminta - előzetes megbeszélés alapján /

Vércsoport: ABO: Rh /D/: Trombocita szám:

Kapott-e valaha vérkészítményt?	Igen	Nem
3 hónapon belül kapott-e vérkészítményt?	Igen	Nem
Volt-e transfúziós szövődménye?	Igen	Nem
Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje?	Igen	Nem
Volt-e szerv- vagy szövetátültetése?	Igen	Nem
Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t?	Igen	Nem
Kezelik-e trombocita képzésre/funkcióra ható gyógyszerrel?	Igen	Nem
Egyéb megjegyzés:.....		

Vizsgálatkérés indoka:

Refrakter állapot

Transzfúziós szövődmény gyanúja (nem hemolítikus lázas reakció)

Újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia /NAITP/ / **előzetes megbeszélés alapján** /

Egyéb ok:



Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium

**VIZSGÁLTÁTKÉRŐ LAP
HLA VIZSGÁLTATOKHOZ**

Beküldő intézet:	Kódja:
Beteg neve:	Anyja neve:
Születési neve:	Születési dátum: év hó nap
TAJ-szám:-.....-.....	Beteg neme: férfi / nő Azonosító típusa: Térítési kategória:
Lakcím:	Ir. szám:
Külföldi -Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is):	
Naplószám / törzsszám /:	BNO kód: 1 2
Vizsgálatkérés dátuma:	Vérvétel ideje:
Vizsgálatkérő szakorvos aláírása és pecsétje:	

HLA vizsgálatok szerológiai módszerrel / CDC / :

A vizsgálatokat előzetes megbeszélés alapján tudjuk fogadni !

HLA A, B, C antigén szerológiai meghatározása /10 ml 6 órán belüli Na-heparinos vérminta /

HLA ellenes antitestek kimutatása / 2 ml natív vérminta /

HLA autoantitest vizsgálat

HLA kompatibilitási vizsgálat

HLA vizsgálatok molekuláris biológiai módszerrel / PCR / :

HLA A,B,C meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

HLA DR meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

HLA DQ meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

Egyéb vizsgálat:

CMV ellenes IgG antitest kimutatása / csak vesebetegeknek! /

HLA kompatibilitási vizsgálat flowcitometriás módszerrel / élődonoros veseátültetésnél /

Vizsgálatkérés indoka:

Vesebeteg vizsgálata

Vesebeteg gyermek szüleinek vizsgálata

Élődonoros veseátültetésnél donor vizsgálata / rokonsági fok:/

Hematológiai beteg vizsgálata

Hematológiai beteg családtagjának vizsgálata / rokonsági fok:/

HLA asszociált betegség vizsgálata **Diagnózis:**

Egyéb ok:

Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium

**VIZSGÁLTÁTKÉRŐ LAP
VESEBETEG ISMÉTELT HLA VIZSGÁLTÁHOZ**

Beküldő intézet:	Kódja:		
Beteg neve:	Anyja neve:.....		
Születési neve:	Születési dátum: év hó nap		
TAJ-szám:-.....-.....	Beteg neme: férfi / nő	Azonosító típusa:	Térítési kategória:
Lakcím:	Ir. szám:.....		
Külföldi- Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is):			
Naplószám / törzsszám /:	BNO kód: 1	2	
Vizsgáltkérés dátuma:	Vérvétel ideje:		
Vizsgáltkérő szakorvos aláírása és pecsétje:			

HLA vizsgálatok szerológiai módszerrel / CDC / :

A vizsgálatokat előzetes megbeszélés alapján tudjuk fogadni !

HLA A, B, C antigén szerológiai meghatározása /10 ml 6 órán belüli Na-heparinos vérminta /

HLA ellenes antitestek kimutatása / 2 ml natív vérminta /

HLA autoantitest vizsgálat

HLA kompatibilitási vizsgálat

HLA vizsgálatok molekuláris biológiai módszerrel / PCR / :

HLA A,B,C meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

HLA DR meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

HLA DQ meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

Egyéb vizsgálat:

CMV ellenes IgG antitest kimutatása

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.