

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Pécsi Regionális Vérellátó Központnál  
Hatályos 2009. július 1-  
1.0. verzió**



## IGÉNYLŐLAP NEM VÁLASZTOTT VÉRKÉSZÍTMÉNY NÉVRE SZÓLÓ IGÉNYLÉSÉHEZ

Beteg neve: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Születési dátum: ( év,hó,nap) \_\_\_\_\_ Azonosító típusa:   
 Születési név: \_\_\_\_\_ Törzsszám: \_\_\_\_\_  
 Anyja neve: \_\_\_\_\_ Naplósorszám: \_\_\_\_\_  
 Lakcím:  \_\_\_\_\_  
 Beküldő intézmény/osztály: \_\_\_\_\_     
 Térítési kategória:  Beteg neme: férfi / nő  
 Külföldi –Útleveleszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is): \_\_\_\_\_  
 Diagnózis(ok): \_\_\_\_\_ BNO:   
**A BETEG VÉRC SOPORTJA: ABO:** \_\_\_\_\_ **Rh(D):** \_\_\_\_\_

Kapott-e a beteg valaha vérkészítményt?  nem  igen / 3 hónapon belül?  nem  igen  
 /az utolsó transfúzió dátuma: \_\_\_\_\_ készítmény neve: \_\_\_\_\_ mennyisége: \_\_\_\_\_ E  
 Volt-e transfúziós szövődménye?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_ /típusa: \_\_\_\_\_  
 Korábbi terhességek száma: \_\_\_\_\_ Volt-e ÚHB-s újszülöttje?:  nem  igen  
**Jelenleg** terhes-e?  nem  igen / kapott-e anti-D IgG-t ?  nem  igen / DÁTUMA: \_\_\_\_\_  
 Volt-e szerv vagy szövetátültetése?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_  
 Volt-e vörösvérsejtekkel történt mesterséges immunizálása?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_  
**Korábbi vércsoportszerológiai eredmény:** \_\_\_\_\_  
 Korábbi transfúziós javaslat választott vér transfúzióját indikálta?  nem  igen

**IGÉNYELT VÖRÖSVÉRSEJT KÉSZÍTMÉNY :** \_\_\_\_\_ **MENNYISÉGE:** \_\_\_\_\_ E

**Speciális igény:** mosott/közegcserélt  fvs. mentesített  besugarazott  aferézises  osztott

**IGÉNYELT TROMBOCITA KÉSZÍTMÉNY :** \_\_\_\_\_ **MENNYISÉGE:** \_\_\_\_\_ E

**Speciális igény:** mosott/közegcserélt  fvs. mentesített  besugarazott  aferézises  osztott

**IGÉNYELT FFP KÉSZÍTMÉNY :** \_\_\_\_\_ **MENNYISÉGE:** \_\_\_\_\_ E

**Speciális igény:** sejszegény  besugarazott  aferézises  osztott

**Egyéb kérés/megjegyzés:** \_\_\_\_\_

**Mikorra kéri a vérkészítményt?** dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ **Sürgősség jelölése**

**Sürgősség indoka:** \_\_\_\_\_

**Speciális készítmény igényét, vagy sürgősséget kérjük telefonon is jelezze!**

Igénylés dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Sürgősség esetén \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Igénylő orvos probléma esetén hívható telefonszáma: \_\_\_\_\_ melléke: \_\_\_\_\_

aláírása \_\_\_\_\_ pecsétje: \_\_\_\_\_

Konzulens neve: \_\_\_\_\_ Pecsétszáma: \_\_\_\_\_

Vérminta beérkezésének ideje:dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc \_\_\_\_\_ Átvevő aláírása: \_\_\_\_\_



## VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Vércsoport (AB0, Rh, ellenanyagszűrés)  **VÁLASZTOTT** vér igénylése  Egyéb vizsgálat(ok): \_\_\_\_\_

Beteg neve: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Születési dátum: ( év,hó,nap) \_\_\_\_\_ Azonosító típusa:

Születési név: \_\_\_\_\_ Törzsszám: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_ Naplósorszám: \_\_\_\_\_

Lakcím:  \_\_\_\_\_

Beküldő intézmény/osztály: \_\_\_\_\_

Tértési kategória:  Beteg neme: férfi / nő

Külföldi –Útlevelszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is): \_\_\_\_\_

Diagnózis(ok): \_\_\_\_\_ BNO:

### VÉRCSOPORT VIZSGÁLAT KÉRÉSEKOR IS KI KELL TÖLTENI!

**Vércsoport:** ABO: \_\_\_\_\_ Rh(D): \_\_\_\_\_

Kapott-e a beteg valaha vérkészítményt?  nem  igen / 3 hónapon belül?  nem  igen

/ az utolsó transfúzió dátuma: \_\_\_\_\_ készítmény neve: \_\_\_\_\_ mennyisége: \_\_\_\_\_ E

Volt-e transfúziós szövödménye?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_ típusa: \_\_\_\_\_

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

Jelenlegi terhesség esetén: TERHESSÉGI HÉT: \_\_\_\_\_ kapott-e anti-D IgG-t?  nem  igen/dátuma \_\_\_\_\_

Szülészeti esemény időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Újszülött(ek) neve: \_\_\_\_\_ Törzsszáma: \_\_\_\_\_ Neme: fiú lány

Volt-e szerv vagy szövetátültetése?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_

Volt-e vörösvérsejtekkel történt mesterséges immunizálása?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_

**Korábbi vércsoportszerológiai eredmény:** \_\_\_\_\_

Van-e gyanú AIHA-ra?  nem  igen Szedett gyógyszerek: \_\_\_\_\_

Küldött vérminta levételének ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Mintavevő aláírása: \_\_\_\_\_

**IGÉNYELT VÉRKÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE:** \_\_\_\_\_ **MENNYISÉGE:** \_\_\_\_\_ E

**Speciális igény:** mosott/közegcserélt  fvs. mentesített  besugarazott  aferézises  osztott

**Egyéb kérés/megjegyzés:** \_\_\_\_\_

**Mikorra kéri a vérkészítményt?** dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ **Sürgősség jelölése**

**Sürgősség indoka:** \_\_\_\_\_

**Speciális készítmény igényét, vagy sürgősséget kérjük telefonon is jelezze!**

**VÁLASZTOTT VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNY ESETÉN A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK KÉT PÉLDÁNYBAN KITÖLTENI!**

Igénylés dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Sürgősség esetén \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Igénylő orvos probléma esetén hívható telefonszáma: \_\_\_\_\_ melléke: \_\_\_\_\_

aláírása \_\_\_\_\_ pecsétje: \_\_\_\_\_

Konzulens neve: \_\_\_\_\_ Pecsétszáma: \_\_\_\_\_

Vérminta beérkezésének ideje:dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc \_\_\_\_\_ Átvevő aláírása: \_\_\_\_\_

Országos Vérellátó Szolgálat  
Pécsi Regionális Vérellátó Központ  
7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel./Fax.: 72/215-634, 211-920  
e-mail: pecc@ovsz.hu

### KÍSÉRŐLAP ANYAI VÉRMENTÁHOZ

Az újszülöttet ellátó intézmény/osztály: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ telefonszáma: \_\_\_\_\_

Vérmintavevő intézmény/osztály: \_\_\_\_\_

Mintavétel időpontja: dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc \_\_\_\_\_ Mintavevő aláírása: \_\_\_\_\_

**Az anya neve:** \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Születési dátum: ( év,hó,nap) \_\_\_\_\_ Azonosító típusa:

Születési név: \_\_\_\_\_ Törzsszám: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_ Naplósorszám: \_\_\_\_\_

Lakcím:     \_\_\_\_\_

Térítési kategória:   \_\_\_\_\_

Külföldi –Útleveleszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is): \_\_\_\_\_

Diagnózis(ok): \_\_\_\_\_ BNO: \_\_\_\_\_

**AZ ANYA VÉRC SOPORTJA:** ABO: \_\_\_\_\_ Rh(D): \_\_\_\_\_

Kapott-e valaha vérkészítményt?  nem  igen / 3 hónapon belül?  nem  igen

/ az utolsó transfúzió dátuma: \_\_\_\_\_ készítmény neve: \_\_\_\_\_ mennyisége: \_\_\_\_\_ E

Volt-e transfúziós szövődménye?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_ típusa: \_\_\_\_\_

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

Terhessége kapcsán kapott-e anti-D IgG-t?  nem  igen / dátuma \_\_\_\_\_

Születési esemény időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Volt-e szerv vagy szövetátültetése?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_

Volt-e vörösvérsejtekkel történt mesterséges immunizálása?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_

**Korábbi vércsoportszerológiai eredmény:** \_\_\_\_\_

Szedett gyógyszerek: \_\_\_\_\_

**Küldött vérminta levételének ideje:** \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

**Mintavevő aláírása:** \_\_\_\_\_

#### ÚJSZÜLÖTT(EK) ADATAI:

Név: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ideiglenes:

Név: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ideiglenes:

Név: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ideiglenes:

Igénylés dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

**Igénylő orvos probléma esetén hívható telefonszáma:** \_\_\_\_\_ melléke: \_\_\_\_\_

aláírása \_\_\_\_\_ pecsétje:

Konzulens neve: \_\_\_\_\_ Pecsétszáma: \_\_\_\_\_

Vérminta beérkezésének ideje: dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc \_\_\_\_\_ Átvevő aláírása: \_\_\_\_\_

**Országos Vérellátó Szolgálat**  
**Pécsi Regionális Vérellátó Központ**  
 7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel./Fax.: 72/215-634, 211-920  
 e-mail: peccs@ovsz.hu

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 .....

✂ -----

**Országos Vérellátó Szolgálat**  
**Pécsi Regionális Vérellátó Központ**  
 7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel./Fax.: 72/215-634, 211-920  
 e-mail: peccs@ovsz.hu

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 .....

Vizsgálatot végző laboratórium: **Vírus-szerológiai laboratórium** Tel.:72/517-818  
GH szám: 7467; 7468/107

Megrendelő intézet neve: .....Kódja: .....

Beküldő osztály: .....

**Beteg neve:** ..... Beteg neme: férfi / nő

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési év, hó, nap:    Napló/törzsszám:

TAJ-szám:.....

Lakcím:  .....

Térítési kategória: **1** járóbeteg  **4** nem biztosított járóbeteg  **6** fekvőbeteg

Mintavétel ideje /év, hó, nap; óra, perc/: .....

Megrendelés dátuma: .....

Íránydiagnózis(ok): .....

BNO (1)..... BNO (2) ..... BNO (3) .....

Kapott-e transfúziót? Igen  Nem

Transzfúzió dátuma: .....

---

### Igényelt vizsgálatok:

- HBsAg kimutatás.....
- HBc antitest kimutatás.....
- HCV antitest kimutatás.....
- HIV antitest kimutatás.....
- CMV antitest kimutatás.....
- Treponema ellenes antitest kimutatás (Lues).....

### A vizsgálatokat előzetes megbeszélés alapján kérjük igényelni!

A vizsgálatkérő orvos aláírása, pecsétje: .....

Elérhetősége (tel.): .....



**Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium**

**VIZSGÁLTATKÉRŐ 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 transzfúziós 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

<b>Beküldő intézet:</b> .....	Kódja: .....
<b>Beteg neve:</b> .....	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 / csak vesebetegeknek! /  
HLA kompatibilitási vizsgálat flowcitometriás módszerrel / élődonoros veseátültetésnél /

#### Vizsgáltkérés 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**

**VIZSGÁLATKÉRŐ LAP  
VESEBETEG ISMÉTELT HLA VIZSGÁLATÁHOZ**

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

**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

Országos Vérellátó Szolgálat  
Pécsi Regionális Vérellátó Központ  
7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel.: 72/517-825 Fax: 72/517-827  
e-mail: [prvkimmun@ovsz.hu](mailto:prvkimmun@ovsz.hu)

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: év.....hó.....nap.....óra.....perc.....

### LELETMÁSOLAT KIADÁSA

A másolat kiadható: €

A másolat nem adható ki: € - az igénylő értesítése személyesen: € telefonon: € történt.

....., 200.....

.....  
aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója:.....

....., 200.. ..

.....  
kiadó aláírása

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

.....  
átvevő aláírása

....., 200.. ..

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