

Vizsgálatkérő és adatlapok az Egri Területi Vérellátóban
Hatályos 2009. január 1-
1.0. verzió

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

VÁLASZTOTT VÖRÖSVÉRSEJT KÉSZÍTMÉNY 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:**

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? (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:

Vörösvérsejt konc.: Mosott Irradiált Szűrt **Mennyiség:** E

8. Mikorra kérik a készítményt (dátum, óra):

9. **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:

10. Egyéb megjegyzés (vérminta, beteg)

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

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
megnevezése

perc.

óra

, Mintavevő aláírása:

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

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: Pecsét:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

perc.

óra

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. | Sürgősség: 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.

óra

,

 Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:
 Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
 megnevezése

 Mintavevő aláírása:

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 aláhúzendő):

Lakhely: €€€€€.....

Diagnózis:

BNO Kód:

.....

Betegágy melletti vércsoport: ABO: Rh:

- | | | |
|-----|--|------------|
| 1. | Kapott-e valaha vérkészítményt?
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. | 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem:

Dátum: Aláírás: Pecsét:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc.

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója: , Mintavevő aláírása:

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. 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. 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.

óra

, Mintavevő aláírása:

, Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
megnevezése

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 aláhúzendő):

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 vércsoport-szerológia 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):

perc.

óra

,

 Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:
 Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
 megnevezése

Mintavevő aláírása:

.....



Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez	
Recipiens adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport:
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
Donor adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez	
Recipiens adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
Donor adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

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.