

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Délpesti Területi Vérellátóban
Hatályos 2009. június 1-
1.0. verzió**

Vizsgáltkérő lap vércsoport meghatározásához OVSZ Dél-pesti Területi Vérellátó

(Hiányosan vagy hibásan közölt adatok esetén a vizsgálat csak térítés ellenében végezhető el!)

Beküldő intézmény, osztály neve, és kódja :

Ambuláns naplósám / Kórházi törzsszám:

Beteg neve: A beteg neme: férfi nő

Anyja neve: Születési név:

Születési dátum: TAJ:

Lakcím (irányítószámmal):

OEP Azonosító típusa: (Kérem a megfelelőt bekarikázni)

TAJ-, egyéb száma nincs :**0**, TAJ száma van: **1**, Képzett TAJ: **2**, Útlevélszám: **3**, Menedékes, kérelmező,
befogadó igazolvány száma: **5**, Ismeretlen beteg, ismeretlen TAJ számú elhunyt személy:**6**

OEP Térítési kategória: (Kérem a megfelelőt bekarikázni)

Magyar biztosított járóbeteg :**01** , Térítés köteles ellátás :**04** Fekvőbeteg ellátás: **06**
EU.Kártyával rend.:**0E-** (EU-s kártya másolatot kérünk. Egyéb : lásd: OEP útmutató)

Diagnózisok: BNO kód:
..... BNO kód:

Vérminta-vétel adatai: (kötelező kitölteni)

Mintavétel ideje (dátum,óra)

Sürgősség: Nem: Igen: Oka:

Előzetes vércsoport: **ABO:** **Rh:**..... (csak fekvő betegnél kérjük)

Korábbi transfúziók: Igen Nem

3 hónapon belül kapott-e transfúziót? Igen Nem

Korábbi terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? Igen Nem

Gyógyszerei:.....

Terhesség alatt kötelezően kitöltendő:

Terhesség ideje:..... (hét)

Jelen terhességben kapott-e anti-D IgG-t? Igen Nem

Egyéb megjegyzés:.....

Dátum: Aláírás:..... Orvosi pecsét, szám:.....

Telefon: (Kérjük kitölteni).....

Kérjük az igénylőlapot nyomtatott nagybetűvel, olvashatóan, pontosan kitölteni!
Az OEP-pel nem szerződött praxisok által kért vizsgálatok térítéskötelesek !

IGÉNYLŐLAP VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLÉSHEZ, VÉRVALASZTÁS KÉRÉSÉHEZ

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

Intézmény neve, azonosítója:.....Beküldő osztály:.....Kórterem/ágy.....

Kórházi törzsszám /Ambuláns naplószám:

Beteg neve:.....

Születési ideje: Leánykori neve:.....

Anyja neve:.....

A beteg neme: férfi nő

Lakhely (irányítószámmal):.....

TAJ:Azonosító típusa: Térítési kategória:

- OEP Azonosító típusa: TAJ-,egyéb száma nincs:0, TAJ száma van:1, 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma 2; útlevekszám 3; mendékesigazolványos:5; ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy, ismeretlen beteg 6
- OEP Térítési kategória:Fekvőbeteg gyógyintézetbe felvett beteg:06, Ambuláns:01-0E,lásd OEP útmutató
- Európai Unióban biztosított járóbeteg esetén az EU-s biztosítási kártya másolata csatolandó!

Diagnózisok:.....BNO kód:..... BNO kód:

A transfúzió indikációja:.....

Vércsoport: ABO:..... **Rh(D):**.....

Vérminta-vétel ideje (sürgősség esetén óra, perc is):.....

SÜRGŐSSÉG: Igen Nem Oka:		Hb:
---------------------------------------	--	-----

Korábbi transfúziók:	Igen	Nem	Korábbi irreguláris antitest Igen Nem
3 hónapon belül kapott-e transfúziót?	Igen	Nem	Ha igen, mikor?.....
Volt-e transfúziós szövődménye:	Igen	Nem	
Volt-e UHB-s újszülöttje?	Igen	Nem	Korábbi terhességek száma:.....
Gyógyszerei:			

Vérvalasztás és választott vérkészítmény kérése

Kompatibilis vér mennyisége:.....E Mikorra kéri?.....

Különleges vérkészítmény kérése: mosott szűrt irradiált

Dátum: Telefon(mellék): Aláírás: P.H.

Csoportazonos vérkészítmény kérése

A készítmény megnevezése:.....Mennyisége:.....E

Mikorra kéri?.....

Dátum: Telefon(mellék): Aláírás: P.H.

Vérekészítmény kiadás (Országos Vérellátó Szolgálat tölti ki)

A készítmény megnevezése:.....Mennyisége:.....E

A kiadás ideje: A kiadásért felelős aláírása P.H.

Transzfuziológiai kezelés:

A készítmény megnevezése:..... Mennyisége:.....E

A transfúzió ideje:.....Fel nem használt mennyiség.....E

A transfúziót indikáló orvos:A transfúziót végző orvos:.....

Dátum: Aláírás: P.H.

3. sz. adatlap

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:

A másolatkérés oka: elveszett: egyéb:

....., 200

A másolatot kérő orvos aláírása, pecsét száma:

.....

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.

Intézmény neve:

Címe:

Tel/Fax:

Beküldő osztály:

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, pecsét száma:

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, pecsét száma:

Budapest, 200