

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Debreceni Regionális Vérellátó Központnál
Hatályos 2011. szeptember 1-
1.1. verzió**

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:

VIZSGÁLTKÉRŐ 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 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. A beteg trombocita száma:

9. A vizsgáltkérés oka:

- refrakter állapot - nem hemolitikus lázas reakció - újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia

- egyéb:

10. Gyógyszerei:

Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)

Vérminta-vétel: vizsgáltkéréssel egyidejűleg vizsgáltkérő 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 transzfúziós 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: (Irreguláris antitest, citotoxikus antitest jelenléte)

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

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavevő aláírása:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

Adatok transzplantációs transfúziós 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 transfúziós 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:

Fertőző ágens-vizsgálatkérő lap (Potenciális donor vagy cadaver)

A vizsgálat iránya:

Anti-HIV 1-2: Anti-HCV: HBs Ag: Anti-CMV: Anti-HBc: anti_TP:

A vizsgálat indoka:.....

Potenciális donor/

cadaver 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:**

.....

.....

 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

Mintavétel ideje:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

LELETMÁSOLAT-IGÉNYLŐ LAP

(a leletmásolat térítési díja 500 Ft/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.