

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Miskolci Területi Vérellátónál  
Hatályos 2011. szeptember 1-  
1.1. 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 Azonosító típusa:  Térítési kategória: Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő): 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 szövődménye? 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 kéri 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: ..... Pecsét: .....

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék): .....

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

..... perc is.

 óra óra óra óra óra óra óra óra óra óra óra óra óra óraVérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: .....  
Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , Mintavető aláírása: .....Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , Mintavető aláírása: .....







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: 

## 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 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. 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

sürgösség esetén

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavevő aláírása:

.....

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

.....

Mintavevő aláírása:

.....

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

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

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

(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, pecsétszáma:

.....

Igénylés érkeztetése az OVSZ-nél:.....

**LELETMÁSOLAT KIADÁSA**A másolat kiadható:  nem adható ki: , amennyiben nem adható ki, az igénylő értesítéseszemélyesen:  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.**