

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Nyíregyházi Területi Vérellátóban
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 neve: 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 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: Pecsét:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):

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

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója:

Megnevezése:

Sürgősség esetén óra perc is.

Mintavető aláírása:

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:
Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
megnevezéseSürgősség esetén
Mintavevő aláírása: óra perc is.

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):

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

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**

(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 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.