

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Soproni Területi Vérellátóban**  
**Hatályos 2011. szeptember 1-**  
**1.1. verzió**







Címe:

Beküldő osztály:

HEMOSZTÁZIS vizsgálatkérő lap

Beteg neve:	Születési ideje:
Lakcíme:	Születési neve:
Anyja neve:	TAJ száma:
Beteg neme: férfi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>	Törzsszám/Naplószám:

**Beküldő intézet és 9 jegyű OEP kódja:****Beküldő orvos:****Kérést indokló Dg.:****Fekv. elhelyezés:****Térítési kategória:****KÉRT VIZSGÁLAT:**

Vizsgálat ideje:

Mintavétel ideje:

**Szállítás módja:****A vizsgálat kérés indoka:**

Megjegyzés:

**\*\*Terápia:**
 Syncumar     Heparin Na     LMWH     ASA     Egyéb:     Ticlopidine     Clopidogrel
Korábbi dokumentációit hozza magával!

20 \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap\_\_

\_\_\_\_\_  
beküldő orvos

P.H.

X	Vizsgálat	X	Vizsgálat
	HEMOSZTÁZIS		REOLÓGIA
	APTI		Trombocita aggregáció**
	Protrombin (INR)		Teljes vér- és plazmaviszkozitás
	Trombin idő		
	Fibrinogén		IMMUNOLÓGIA
	D-dimer		Immunkomplex
	Antitrombin III		
	Protein C		HEMATOLÓGIA
	Protein S		Vérkép*
	Lupus antikoaguláns		
	Willebrand faktor*		
	VIII. alvadási faktor*		
	IX. alvadási faktor*		

\* Konzílium alapján kérhető vizsgálat

\*\* A fejléc kitöltése alapján végezzük el a hatástani ill. a diagnosztikai TAG vizsgálatokat

.....  
vizsgálat kelte.....  
orvos P.H.

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

## AUTOTRANSZFUZIÓT KÉRŐ LAP

Beteg neve:	Születési ideje:
Lakcíme:	Születési neve:
Anyja neve:	TAJ száma:
Beteg neme: férfi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>	Törzsszám/Naplószám:

**Beküldő intézet és 9 jegyű OEP kódját:****Beküldő orvos:****Kérést indokló Dg.:****Fekv. elhelyezés:****Térítési kategória:****KÉRT VIZSGÁLAT:**

Vizsgálat ideje:

Vizsgáló:

**Szállítás módja:****A vizsgálat kérés indoka:**

Megjegyzés:

Szív- és érrendszeri betegség:

NEM IGEN 

Diabetes mellitus:

NEM IGEN 

Vérzékenység:

NEM IGEN 

Alvadás gátló, - trombocita aggr. gátló kezelés:

NEM IGEN 

Műtét, szülészeti beavatkozás fél éven belül:

NEM IGEN 

Eszméletvesztéssel járó betegség:

NEM IGEN 

Milyen műtéthez

Az igényelt vér

mennyisége:

Műtét várható ideje:

Korábbi dokumentációit hozza magával!

Sopron,

Beküldő orvos aláírása:

Vérellátó tölti ki:

Vércsoport: .....

ell.a. szűrés: .....

DC: .....

anti-HB<sub>C</sub>: .....

anti-HCV: .....

anti-HIV (1/2): .....

HbgAg: .....

Luesz: .....

**Dátum:**

**Az előzetes vizsgálatok alapján a beteget autotranszfúziós célból történő vérvételre alkalmasnak tartom / nem tartom alkalmasnak.**

P.H.

Intézmény neve:

Címe:

**Osztály:****GÉGÉSZETI VIZSGÁLAT KÉRŐLAP**

Beteg neve:

Születési ideje:

Lakcíme:

Születési neve:

Anyja neve:

TAJ száma:

Beteg neme: férfi  nő 

Törzsszám/Naplószám:

**Beküldő intézet és 9 jegyű OEP kódja:****Beküldő orvos:****Kérést indokló Dg.:****Fekv. elhelyezés:****Térítési kategória:****KÉRT VIZSGÁLAT:**

Vizsgálat ideje:

Mintavétel ideje:

**Szállítás módja:****A vizsgálat kérés indoka:**

Megjegyzés:

Intézmény neve:

Címe:

**Osztály:****VIZSGÁLAT KÉRŐLAP**

Beteg neve:

Születési ideje:

Lakcíme:

Születési neve:

Anyja neve:

TAJ száma:

Beteg neme: férfi  nő 

Törzsszám:

**Beküldő intézet:****Beküldő orvos:****Kérést indokló Dg.:****Fekv. elhelyezés:****KÉRT VIZSGÁLAT:**

Vizsgálat ideje:

Mintavétel ideje:

**Szállítás módja:****A vizsgálat kérés indoka:**

Megjegyzés:

X	Vizsgálat		
	Vércsoport + Rh + Antitest szűrés		
		Norm. tart.	Eredmény
	APTI		
	Protrombin		

Sopron, 200.....

Beküldő orvos aláírása:

.....  
asszisztens.....  
orvos

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: .....

....., 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: .....

....., 200 .....



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.**