

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Szombathelyi Területi Vérellátónál
Hatályos 2011. szeptember 1-
1.1. verzió**

VÉRCSOPORTSZEROLÓGIAI VIZSGÁLAT ÉS VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLŐ LAP

(Nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!)

Név: TAJ-szám:
 Anyja neve: Születési idő:
 Lakhelye:
 BNO-kód: Térítési kategória: Naplósám: Beteg törzsszáma:
 Vervétel időpontja: év hó nap óra perc

Beküldő munkahely: Kódszám:
 Transzfúziós anamnézis:
 3 hónapon belül anti D IgG-t kapott: igen nem

Kért vizsgálat (Kérjük a megfelelő négyzetet bejelölni! Sürgős vizsgálatot jelölje „S” betűvel is!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vércsoport meghatározás (0AB, Rh, antitest szűrés) | <input type="checkbox"/> UHB vizsgálat |
| <input type="checkbox"/> Kompatibilitási vizsgálat antitest szűréssel | <input type="checkbox"/> Transzfúziós szövődmény kivizsgálása |
| <input type="checkbox"/> Direkt Coombs vizsgálat | <input type="checkbox"/> Hideg agglutinin vizsgálat |
| <input type="checkbox"/> Indirekt Coombs vizsgálat | <input type="checkbox"/> Egyéb vizsgálat (megbeszélés szerint): |
| | |

A páciens ismert vércsoportja:

AB0 Rh(D) Irreguláris antitest szűrés:

Laboratóriumi naplósám: (legfrissebb) Dátum:

VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNY

Kérünk 20.....év.....hó.....napra (megjegyzés)

(Kérjük a vérkészítmény mennyiségét betűvel, számmal feltüntetni, és a megfelelő sort aláhúzni!)

mennyiség	megjegyzés (pl. választott)	vérkészítmény megnevezése	kódja
.....azaz.....	egység	.....	vörösvérsejt koncentrátum
.....azaz.....	egység	.....	mosott vörösvérsejt koncentrátum
.....azaz.....	egység	.....	szűrt vörösvérsejt koncentrátum
.....azaz.....	egység	.....	szűrt, mosott vörösvérsejt koncentrátum
.....azaz.....	x ml	.....	5%-os Albumin
.....azaz.....	x ml	.....	20%-os Albumin
.....azaz.....	egység	.....	friss fagyasztott plazma (FFP)
.....azaz.....	egység	.....	thrombocyta készítmény (egyéni megbeszélés szerint)
.....azaz.....	.....	.....	.....
.....azaz.....	.....	.....	.....-t.

Köszönettel:

Szombathely, 20..... évhó..... nap

.....
 orvos aláírása, bélyegzője

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, 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.