



Cím: 1113 Budapest, Karolina út 19-21.  
 Postacím: 1518 Budapest, Pf. 44  
 Telefon: (+36 1) 391 4570  
 Telefax: (+36 1) 398 1177  
 web: <http://www.ovsz.hu/szervdonacio>  
 e-mail: [coordinator@ovsz.hu](mailto:coordinator@ovsz.hu)

**OVSz, KMRVK Vércsoportszerológiai Laboratórium**

Intézményi azonosító kód: 016426101

1113 Budapest, Daróczy út 16.

Tel: 06-1-372-4262, Fax: 06-1-372-4447

Az intézmény a beutalt tekintetében területi ellátásra kötelezett

Riadó sorszáma: .....

Mintavétel **zárt rendszerben**: 9 ml natív és 6 ml EDTA-s csőbe vett vér**KÉRŐLAP POTENCIÁLIS SZERVDONOR ELSŐ VÉRCSOPORT-SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATÁHOZ**

Név:		Anyja neve:	
Születési név:		Kórházi Törzsszám:	
Születési dátum:		Rövid kórelőzmény:	
Lakcím:		Diagnózis:	
TAJ:		BNO kód:	

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

**Korábbi 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 vércsoport -szerológiai eredménye? (lelet/dátum / labor)

.....  
 .....

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. **Sürgősség:** Igen Oka: Szervdonor

10. Egyéb megjegyzés: ( vérminta, beteg )

Mintavétel időpontja (dátum, óra, perc):

Beküldő intézmény neve, OEP azonosítója:

Vizsgálatkérő orvos neve:

Aláírás:

Dátum:

Orvosi pecsét helye:

**Kérjük a vizsgálat kérése előtt a potenciális donort jelentse az OVSz- Szervkoordinációs Iroda donorjelentő zöldszámán 06-80-203-867!**