

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Zalaegerszegi Területi Vérellátóban
Hatályos 2009. augusztus1-
1.0. verzió**

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Nem választott vérkészítmény igénylőlap**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:**

.....

.....

Betegagy melletti vércsoport: ABO: **Rh:****1. Vörösvérsejt koncentrátum****Mennyiség:** E**2. Friss fagyasztott plazma (FFP)****Mennyiség:** E

sejtszegény

sejtszegény, osztott

3. Trombocita koncentrátum**Mennyiség:** E

fiz.sóban reszuszpendált

szűrt

irradiált

gépi aferezisből

Mikorra kérik a készítményt (dátum, óra):

Sürgősség: Nem: Igen: Oka:

Megjegyzés:

.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

Kérjük, hogy speciális vérkészítmény igény és sürgősség esetén vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével!

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Választott vörösvérsejt készítmény igénylőlap**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:**

.....

.....

Betegagy melletti vércsoport: ABO: **Rh:**

- | | | | |
|----|--|-------|------|
| 1. | Kapott-e valaha vérkészítményt? | Igen: | Nem: |
| | Ha igen, 3 hónapon belül? | Igen: | Nem: |
| 2. | Volt-e transzfúziós szövődménye? | Igen: | Nem: |
| 3. | Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? | Igen: | Nem: |
| 4. | Korábbi vércsoport-szerológia 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: |

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 adatai: Mintavétel ideje: év hó nap, óra perc.

.....
Mintavevő aláírása.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

Kérjük, hogy speciális vérkészítmény igény és sürgősség esetén vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével!

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Kísérőlap anyai vérmintához*(újszülöttek vérválasztásához, illetve vércsoport-szerológiai kivizsgálásához szükséges anyaivérminta-kísérő lap)*

Beteg neve:..... Anyja neve:

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám/ naplósorszám (a megfelelő aláhúzendó):

Lakhely: €€€€€.....

Diagnózis:**BNO Kód:**

.....

Beteggy melletti vércsoport: ABO: Rh:

- | | | | |
|-----|--|-------|------|
| 1. | Kapott-e valaha vérkészítményt? | Igen: | Nem: |
| | Ha igen, 3 hónapon belül? | Igen: | Nem: |
| 2. | Volt-e transzfúziós 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: Nem: Igen: Oka: | | |
| 10. | Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) | | |

Újszülött(ek):

Név:, TAJ: ideiglenes Igen Nem

Név:, TAJ: ideiglenes Igen Nem

Név:, TAJ: ideiglenes Igen Nem

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: év hó nap, óra perc.

.....

Mintavevő aláírása

.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

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

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Vizsgálatkérő lap beteg 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: €€€€€.....

Diagnózis:.....

BNO Kód:

Egyéb vizsgálat:	Rh fenotípus	Antitest azonosítás	UHB kivizsgálás
	Coombs vizsgálat	Hidegagglutinin	Szövödmény kivizsgálás

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:
- Terhesség kora:
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:** Nem: Igen: Oka:
10. Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)
.....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: év hó nap, óra perc.

.....
Mintavevő aláírása

.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

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

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Vizsgálatkérő lap terhes 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 aláhúzendő):

Lakhely: €€€€€.....

Diagnózis:.....

BNO Kód:

Terhesség kora: Élve szülés: Spontán vetélés:

Szülés várható ideje: Halva szülés: Művi vetélés:

Apára vonatkozó adatok (csak vérminta kérés esetén szükséges kitölteni!):

Név:..... TAJ: Szül. idő:

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 vércsoport -szerológiai eredménye? (lelet / dátum / labor)
.....
5. Immunizálták-e? Igen: Nem:
6. Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? Igen: Nem:
7. Kapott-e anti-D IgG-t? Igen: Nem: Mikor?:
8. Gyógyszerei :.....
9. **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:
10. Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)
.....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: év hó nap, óra perc.

.....
Mintavevő aláírása.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

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

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Véralvadási vizsgálatkérő lap**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: €€€€.....

Diagnózis:**BNO Kód:**

.....

VIZSGÁLAT	Igény
Ivy vérzési idő meghatározás	
Protrombin meghatározás	
Aktivált parciális tromboplastin idő meghatározás	
Trombin idő meghatározás	
Fibrinogén meghatározás	
Antitrombin-III aktivitás meghatározás	
Protein C aktivitás meghatározás	
Protein S aktivitás meghatározás	
APC rezisztencia funkcionális teszt	
Lupus antikoaguláns meghatározás	
VII. alvadási faktor aktivitás meghatározás	
VIII. alvadási faktor aktivitás meghatározás	
IX. alvadási faktor aktivitás meghatározás	
von Willebrand faktor meghatározás	
Genetika*: Leiden , PI variáns , MTHFR	
Egyéb:	

*Genetikai vizsgálathoz beleegyező nyilatkozat csatolása is szükséges!

Sürgősség: Nem: Igen: Oka:

A beteggel kapcsolatos megjegyzések (anamnézis):

.....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: év hó nap, óra perc.

.....

Mintavevő aláírása

.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

Kérjük, hogy hemofília és trombofília kivizsgálási igény esetén vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével!

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

VIZSGÁLTÁTKÉRŐ LAP
TROMBOCITA ELLENES ANTITEST VIZSGÁLATHOZ

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:**

.....

.....

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? | | |
| | | | |
| 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. | A beteg trombocita száma: | | |
| 9. | A vizsgálatkérés oka: | | |
| | - refrakter állapot | | |
| | - nem hemolitikus lázas reakció | | |
| | - újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia | | |
| | - egyéb: | | |
| 10. | Gyógyszerei:..... | | |
- Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: , sürgősség esetén óra perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék)

Dátum:

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

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-igénylőlap**Beteg neve:**

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ száma:

Vizsgálat megnevezése:

Vizsgálat elvégzésének ideje:.....

A másolatkérés oka: elveszett: egyéb:

....., 20.....

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.

....., 20.....

.....

aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója:

....., 20.....

.....

kiadó

Személyes átvétel esetén az igénylő képviselőjének (átvevő) aláírása, pecsétje:

.....

átvevő

....., 20.....

Jelen adatlap az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény előírásainak történő megfelelést is szolgálja.