

Vizsgáltkérő és adatlapok a Soproni Területi Vérellátóban
Hatályos 2009. szeptember 1-
1.0. 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 neme: férfi nő

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzendó):

Lakhely:

Diagnózisok:

BNO Kód:

.....

.....

Betegággy 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:

Pecset:

perc is.

óra

, sürgősség esetén

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):

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:

Kísérőlap anyai vérminták kivizsgálásához (ABO, RhD és ellenanyagszűrés)

Beteg neve:.....

Anyja neve:

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám/ naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő):

Lakhely: €€€€€.....

Diagnózis:**BNO Kód:****Betegágymelletti 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: 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

.....
óra perc is......
, sürgősség esetén.....
, Mintavevő aláírása:.....
Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
megnevezése

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):

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

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: €€€€.....

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 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: _____

.....
perc is.
óra
Mintavevő aláírása:
.....

.....
Mintavétel ideje:
.....
Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
.....
megnevezése

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):

.....

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

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

HEMOSZTÁZIS vizsgálatkérő lap

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:

****Terápia:**
 Syncumar Heparin Na LMWH ASA 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:

Lakcíme:

Anyja neve:

Beteg neme: férfi nő

Születési ideje:

Születési neve:

TAJ száma:

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_C :

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

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 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.