

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Péterfy Területi Vérellátóban
Hatályos 2008. november 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:

.....

.....

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:
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:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):

.....

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

perc is.

óra

, sürgősség esetén

, Mintavevő aláírása:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:



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 aláhúzendó):

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 szövödménye? 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:

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:

VIZSGÁLATKÉRŐ LAP IRREGULÁRIS ANTITEST MEGHATÁROZÁSHOZ

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:**Kód:**

.....

.....

Beteggy melléti 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. | Van-e gyanú AIHA-ra? | Igen: | Nem: |
| 9. | Gyógyszerei :..... | | |
| 10. | Sürgősség: Nem: Igen: Oka: | | |
| 11. | Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) | | |

Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):

Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével......
óra perc is.
.....
sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

.....
Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:
Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
megnevezése

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:**

.....

Betegágy melletti vércsoport: ABO: Rh:

- | | | | |
|-----|--|-------|------|
| 1. | Kapott-e valaha vérkészítményt?
Ha igen, 3 hónapon belül? | Igen: | Nem: |
| 2. | Volt-e transfúziós szövödménye? | 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:

.....
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:

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:

Budapest, 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:

Budapest, 200

Intézmény pecsétje

Terhes vércsoportszerológiai vizsgálatkérő lap

Terhes neve:

.....

Leánykori név:

Született:

Anyja neve:

TAJ száma: Térítési kategória: Címe: Igénylés dátuma:

BNO kód:

Alapbetegség diagnózisa:

Beküldő kórház:

Osztály neve:

Intézmény kódja:


Naplószám (járó beteg)

Törzs szám (fekvő beteg)

Beküldő orvos:

Beküldő orvos telefonja:

Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem: 

Vércsoport: ABO: Rh: Terhesség ideje hetekben:

	Előző terhességek (év hó)	anti-D profilaxis	Terhesség kimenetele
1			
2			
3			
4			
stb.			

Jelen terhességben kapott-e anti-D-t, mikor(év, hó, nap).....

Ismert antitest, ha van:

Transzfúzió ideje (év):

Újszülöttkori heamolitikus betegségben szenvedő gyermek: igen nem

Az apa neve:..... születési dátuma.....

Az apa vércsoportja: ABO: Rh:

Dátum: _____

pecsét, aláírás

Figyelem: A vizsgálatokhoz egy cső (kb. 10ml) natív és egy cső EDTA-s (kb. 7ml) csőben levett vér szükséges!

Vérminták átvétele naponta 10 óráig!

OVSZ Péterfy u. Területi Vérellátó Intézet, 1076 Bp. Péterfy Sándor u. 14. Tel.: 342-7392, 461-4758 (Vérkiadó)

perc is.

óra

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

Intézmény pecsétje

Autotranszfúziós vizsgálatkérő lap

Beteg neve:

.....

Leánykori név:

Született:

Anyja neve:

TAJ száma: Térítési kategória: Címe: Igénylés dátuma:

BNO kód:

Alapbetegség diagnózisa:

Beküldő kórház:

Osztály neve:

Intézmény kódja:

Naplószám (járó beteg)

Törzs szám (fekvő beteg)

Beküldő orvos:

Beküldő orvos telefonja:

Transzfúziós anamnézis

Vércsoport: ABO: Rh:

Transzfúziót 3 hónapnál régebben kapott nem kapott 3 hónapon belül kapott nem kapott

utoljára mikor:

Ismert antitest, ha van:

Terhességek száma:

Műtét tervezett ideje:

Igényelt vér mennyisége :

Vizsgálati eredmények

WE: Hb: Htk:

Kezelőorvos véleménye: A tervezett sajátvér transzfúzióra történő vérvételnek belgyógyászati kontraindikációja nincs._____
pecsét, aláírásNyilatkozat:

Beleegyezem, hogy tervezett műtétemhez, későbbi felhasználásra tőlem vért vegyenek.

beteg aláírása

Dátum:

Intézmény neve:

Címe:

Tel/Fax:

Beküldő osztály:

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.