

Vizsgálatkérő és adatlapok a Kaposvári Területi Vérellátóban  
Hatályos 2008. június 1-  
1.0. verzió

1/A sz. adatlap

VÉR- VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLŐLAP

Osztály: \_\_\_\_\_ Beteg neve: \_\_\_\_\_

Törzsszáma: \_\_\_\_\_ Életkora: \_\_\_\_\_ Diagnózis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Javallat: \_\_\_\_\_

Vércsoport: \_\_\_\_\_ Rh. \_\_\_\_\_ Vérvkészítmény megnevezése: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mennyisége: \_\_\_\_\_ ml.

\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap.

Igénylő orvos: \_\_\_\_\_

Igénylés napja: \_\_\_\_\_ Kiadás napja: \_\_\_\_\_

Kiadott készítmény: \_\_\_\_\_ Mennyiség: \_\_\_\_\_ ml.

Jelzőszáma: \_\_\_\_\_ Kiadáskor ellenőrizte: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

Átvette: \_\_\_\_\_

C. 3426-63/A/V. r. sz. - Pátria Nyomda Rt. - (Fsz.: 5-8781)

Intézmény neve:

Intézmény azonosítója:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő osztály 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 aláhúzendő):

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: |

**Vörösvérsejt konc.:** Mosott    Irradiált    Szűrt      **Mennyiség:**    E

8. Mikorra kérik a készítményt (dátum, óra): .....

9. **Sürgősség:** Igen:    Nem:    Oka: .....

10. Egyéb megjegyzés:.....

Dátum: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_ Pecsét: \_\_\_\_\_

Telefon mellék: .....

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

Intézmény neve

Címe

Tel./Fax:

Intézményazonosítója:

Beküldő osztály:

Beküldő osztály 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:**

.....

.....

**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? .....   |  |       |      |
| .....   |  |       |      |
| 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. Szed-e gyógyszert?.....                            |  |       |      |
| 9. <b>Sürgősség:</b> Igen:    Nem:    Oka: .....      |  |       |      |
| 10. Egyéb megjegyzés:.....                            |  |       |      |

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Telefon mellék: .....

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

Intézmény neve:

Intézmény azonosítója:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel./Fax:

Beküldő osztály kódja:

**IRREGULÁRIS ANTITEST 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 aláhúzendő) :

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 vércsoport -szerológiai 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.  | Van-e gyanú AIHA-ra?                               | Igen: | Nem: |
| 9.  | Szed-e gyógyszert?.....                            |       |      |
| 10. | Egyéb megjegyzés:.....                             |       |      |

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Telefon mellék: .....

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

Intézmény neve:

Címe:

Tel./Fax:

Intézmény azonosítója:

Beküldő osztály:

Beküldő osztály 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 aláhúzendó):

Lakhely: .....

**Diagnózis:****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 vércsoport -szerológiai 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. Szed-e gyógyszert?.....                            |       |      |  |
| 9. <b>Sürgősség:</b> Igen: Nem: Oka: .....            |       |      |  |
| 10. Egyéb megjegyzés:.....                            |       |      |  |

Újszülött(ek): Név: ....., TAJ:

ideiglenes Igen Nem

Név: ....., TAJ:

ideiglenes Igen Nem

Név: ....., TAJ:

ideiglenes Igen Nem

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Telefon mellék: .....

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

Intézmény neve:

Címe:

Tel./Fax:

Intézmény azonosítója:

Beküldő osztály:

Beküldő osztály 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: .....

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

✂ -----

Intézmény neve:

Címe:

Tel./Fax:

Intézmény azonosítója:

Beküldő osztály:

Beküldő osztály 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: .....

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

Intézmény neve:

Intézmény azonosítója:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő osztály kódja:

## VIZSGÁLATKÉRŐ 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 aláhúzendő):

Lakhely: .....

**Diagnózisok:****BNO Kód:**

.....

.....

**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 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: .....  |  |       |      |

Egyéb megjegyzés: .....

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Telefon mellék: .....

Intézmény neve:

Intézmény azonosítója:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel./Fax:

Beküldő osztály kódja:

## Vércsoport-szerológiai vizsgálatkérő lap szervtranszplantáció előtti kivizsgáláshoz

Milyen szerv transzplantációra vár?.....

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:**

.....

.....

**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. | Szed-e gyógyszert?.....                            |       |      |
| 9. | Egyéb megjegyzés:.....                             |       |      |

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Telefon mellék: .....

E-mail: kaposvar@ovsz.hu

<b>Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez</b>	
<b>Recipiens adatai</b>	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport:
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
<b>Donor adatai</b>	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

E-mail: kaposvar@ovsz.hu

<b>Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez</b>	
<b>Recipiens adatai</b>	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
<b>Donor adatai</b>	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

Intézmény neve:  
Címe:

Intézmény azonosítója:  
Beküldő osztály:

Tel./Fax:

Beküldő osztály kódja:

### LELETMÁSÓ(D)LAT-IGÉNYLŐ LAP

Beteg neve .....  
Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ száma:

Vizsgálat megnevezése: .....

Vizsgálat elvégzésének ideje: .....

A másó(d)latkérés oka: elveszett:            egyéb: .....

A másó(d)lat továbbításának kért módja: személyes átvétel:            fax: .....

(Faxon történő átvétel megjelölése esetén ezen igénylőlap kitöltése egyenértékű az igénylő nyilatkozatával, hogy a másolat érkeztetése és kezelése során az adatvédelmi előírások betartása biztosított.)

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

A másó(d)latot kérő orvos aláírása, pecsétszáma:

.....

Igénylés érkeztetése az OVSZ-nél:.....

### LELETMÁSÓ(D)LAT KIADÁSA

A másó(d)lat kiadható: €            nem adható ki: €, amennyiben nem adható ki, az igénylő értesítése

személyesen: €            telefonon: €            vagy faxon: € történt.

....., 20. . . .

.....

aláírás

Kiadott leletmásó(d)lat azonosítója: .....

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

.....

kiadó

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

.....

átvevő

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

Faxon történő továbbítás esetén a feladás igazoló lapot mellékelni kell.

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

## KÉRŐLAP VÉRKÉSZÍTMÉNY BESUGARAZÁSHOZ

Beküldő Intézet és osztály:.....

Beküldő orvos:.....

Vérkészítmény típusa:.....

Vérkészítmény száma:.....

Beteg neve:.....

Azonosító jele: .....

Diagnózis:.....

Azonosító típusa: € TAJ

A véradóból elküldés időpontja:.....

€ útlevél

A vér beérkezésének időpontja:.....

€ EU biztosítási kártya

Átadó:.....

€ egyéb: .....

Besugárzásának időpontja:.....

Elszállításának időpontja:.....

Átvevő:.....

Dátum:.....

Aláírás:.....

A fenti készítmény .....Gy. összdózisú TECO besugárzást kapott.