

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Budai Regionális Vérellátó Központnál  
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 aláhúzendő):

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 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:** .....

.....  
perc is.

.....  
óra

.....  
Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

.....  
, sürgősség esetén

.....  
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 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.  | <b>Sürgősség:</b> Nem: Igen: Oka: .....                            |       |      |  |
| 10. | Egyéb megjegyzés: ( vérminta, beteg )                              | ..... |      |  |

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

Nem:

Dátum: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_ Pecset: \_\_\_\_\_

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

.....  
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 aláhúzendó):

Lakhely: €€€€.....

**Diagnózisok:****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.  | Van-e gyanú AIHA-ra?   | Igen: | Nem: |
| 9.  | Gyógyszerei :.....   |       |      |
| 10. | <b>Sürgősség:</b> 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.**

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

Mintavevő aláírása: .....

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:**

.....

**Betegágymelletti vércsoport: ABO: ..... Rh: .....**

- |     |  |       |      |
|-----|--|-------|------|
| 1.  | Kapott-e valaha vérkészítményt?  | Igen: | Nem: |
|     | Ha igen, 3 hónapon belül?  | Igen: | Nem: |
| 2.  | Volt-e transzfúziós 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.  | <b>Sürgősség:</b> 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: .....

....., 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:

## 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 aláhúzendó):

Lakhely: €

.....

**Diagnózisok:****BNO Kód:**

.....  
 .....

**Vércsoport: ABO: ..... Rh: .....**

- |       |  |       |      |  |
|-------|--|-------|------|--|
| 1.    | Kapott-e valaha vérkészítményt?<br>Ha igen, 3 hónapon belül? | Igen: | Nem: |  |
|       |  | Igen: | Nem: |  |
| 2.    | Volt-e transfúziós szövödménye?                              | Igen: | Nem: |  |
| 3.    | Terhességek száma: ..... Volt-e UHB-s újszülöttje?           | Igen: | Nem: |  |
| 4.    | Korábbi vércsoportszerológia eredménye? .....                |       |      |  |
| ..... |  |       |      |  |
| 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.    | 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék ): .....

.....  
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:

## Vércsoport-szerológiai vizsgálatkérő lap szerv transzplantáció 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.    | 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.    | Egyéb megjegyzés: (Irregularis antitest, citotoxikus antitest jelenléte) |       |      |
| ..... |  |       |      |

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

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék ): .....

, sürgősség esetén óra perc is.

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója  
megnevezése .....



### Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez

#### Recipiens adatai

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| Név:                       | anya neve:           |
| Születési év, hó,<br>nap:  | TAJ:                 |
| Diagnózis:                 | Előzetes vércsoport: |
| Transzplantáció típusa:    |                      |
| Transzplantáció időpontja: |                      |

#### Donor adatai

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Név:                      | anya neve: |
| Születési év, hó,<br>nap: | TAJ:       |
| Előzetes vércsoport:      |            |

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

### Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez

#### Recipiens adatai

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| Név:                       | anya neve:          |
| Születési év, hó,<br>nap:  | TAJ:                |
| Diagnózis:                 | Előzetes vércsoport |
| Transzplantáció típusa:    |                     |
| Transzplantáció időpontja: |                     |

#### Donor adatai

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Név:                      | anya neve: |
| Születési év, hó,<br>nap: | TAJ:       |
| Előzetes vércsoport:      |            |

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

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.**