

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Békéscsabai Területi Vérellátónál
Hatályos 2009. június 1-
1.0. verzió**

KÉRŐLAP A VÉRELLÁTÓ FELÉ

.....Kórház.....Osztály

Csak vizsgálat kérése
(vércsoport, Rh, ellenanyag szűrés)Csoportazonos vér
igényléseVálasztott vér
igénylése

Beteg neve:	Született:	év	hó	nap
Leánykori név:	Anyja neve:-----			
Beteg neme:				
Taj szám::	Azonosító típusa:			
Lakhely:				
Beküldő szervezeti egység:.....	-			
Térítési kategória:	BNO:			
Diagnózisok:.....				
.....				

Minden esetben – vizsgálat kérésekor is – ki kell tölteni.

Vércsoport: ABO:..... Rh:

- Kapott-e valaha vérkészítményt? igen nem
Ha igen, 3 hónapon belül? igen nem
- Volt-e transfúziós szövődménye? igen nem
- Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? igen nem
- Immunizáltak-e? igen nem
- Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? igen nem
- Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t? igen nem
- Korábbi vércsoportszerológia eredménye?

Igényelt készítmény	Mikorra kéri		Mennyiség	Sürgösség (bekarikázni)	Ha sürgős, annak oka
	dátum	óra			
				igen – nem	
				igen – nem	
				igen - nem	

Egyéb megjegyzés:.....

év hó nap

.....
aláírás és orvosi pecsét

Telefonmellék:.....

.....
 perc is.
 óra
 , sürgösség esetén
 , Mintavevő aláírása:

 Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:
 Mintavevő egészségügyi szolgálatát/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?

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: 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:

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 OVVSZ-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.