

Vizsgálatkérő és adatlapok az Egri Területi Vérellátóban
Hatályos 2011. szeptember 1-
1.1. 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

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 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 kéri 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:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc.
Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , Mintavető aláírása:

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 transzfúziós 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:** **Pecset:**

perc.

óra

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 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:**

.....

.....

 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. 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.

perc.

óra

Mintavevő aláírása:

 Mintavevő aláírása:
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 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)

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: _____ Pecsét: _____

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc.Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , Mintavevő aláírása:

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 neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

VIZSGÁLTÁTKÉRŐ 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? 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. A beteg trombocita száma:

9. A vizsgáltkérés oka:

- refrakter állapot
- nem hemolitikus lázas reakció
- újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia
- egyéb:

10. Gyógyszerei:.....

Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)

Vérminta-vétel: vizsgáltkéréssel egyidejűleg vizsgáltkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen: Nem:

Dátum: _____ Aláírás: _____ Pecsét: _____

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék):

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc.Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója Mintavető aláírása:

megnevezése

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

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

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

(a leletmásolat térítési díja 500 Ft/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, pecsétszáma:

.....

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

LELETMÁSOLAT KIADÁSAA másolat kiadható: nem adható ki: , amennyiben nem adható ki, az igénylő értesítéseszemélyesen: 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.