

Vizsgálatkérő és adatlapok a Kaposvári Területi Vérellátóban
Hatályos 2011. szeptember 1-
1.1. verzió

1/A sz. adatlap

VÉR- VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLŐLAP

Osztály: _____ Beteg neve: _____

Törzsszáma: _____ Életkora: _____ Diagnózis: _____

_____ Javallat: _____

Vércsoport: _____ Rh. _____ Vérkészítmény 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:

Címe:

Tel/Fax:

Intézmény azonosítója:

Beküldő osztály:

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:**..... **Pecset:**.....

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 szövödménye? 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. **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:

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: _____ Pecsét: _____

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 transzfúziós szövödménye? 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. **Sürgősség:** 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:

Címe:

Tel/Fax:

Intézmény azonosítója:

Beküldő osztály:

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 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. 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: _____ Pecsét: _____

Telefon mellék:

Intézmény neve:

Címe:

Tel./Fax:

Intézmény azonosítója:

Beküldő osztály:

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:**

- 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:
- Korábbi vércsoportszerológia eredménye?
- Immunizálták-e? Igen: Nem:
- Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? Igen: Nem:
- Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t? Igen: Nem:
- Szed-e gyógyszert?.....
- Egyéb megjegyzés:.....

Dátum: _____ Aláírás: _____ Pecsét: _____

Telefon mellék:

E-mail: kaposvar@ovsz.hu

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

E-mail: kaposvar@ovsz.hu

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

KÉRŐLAP VÉRKÉSZÍTMÉNY BESUGARAZÁSHOZ

Beküldő Intézet és osztály:.....	Beküldő orvos:.....
Vérkészítmény típusa:.....	Vérkészítmény száma:.....
Beteg neve:.....	Azonosító jele:
Diagnózis:.....	Azonosító típusa: <input type="checkbox"/> TAJ
A véradóból elküldés időpontja:.....	<input type="checkbox"/> útlevél
A vér beérkezésének időpontja:.....	<input type="checkbox"/> EU biztosítási kártya
Átadó:.....	<input type="checkbox"/> egyéb:

Besugárzásának időpontja:.....	
Elszállításának időpontja:.....	
Átvevő:.....	
Dátum:.....	Aláírás:.....
A fenti készítményGy.összdózisú TECO besugárzást kapott.	