

Vizsgáltkérő és adatlapok a Tatabányai Területi Véllátóban
Hatályos 2011. szeptember 1-
1.1. verzió

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

VÉRKÉSZÍTMÉNY 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 aláhúzendó):

Lakhely:

Diagnózisok:

.....
.....

BNO Kód:

Betegágymelletti vércsoport: ABO: **Rh:**

Vérkészítményfajtája:

Egyéb igény: Mosott Irradiált Szűrt

Mennyiség: E

Mikorra kéri a készítményt (dátum, óra):

Sürgősség: Nem: Igen: Oka:

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 illetékesevel.

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

Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , Mintavető 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:** **Pecset:**

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

5. sz. adatlap

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 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 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:
 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):

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc is.

Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , Mintavető aláírása:

Megnevezése

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, 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.