

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Váci Területi Vérellátónál**  
**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:

Betegágymelletti 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: ..... Pecsét: .....

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

Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.

.....  
perc is......  
óra.....  
sürgősség esetén.....  
Mintavétel ideje:.....  
Mintavevő aláírása:.....  
megnevezése

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:**  
**Betegággy melletti 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. 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: \_\_\_\_\_ Pecsét: \_\_\_\_\_

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

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: 

### 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:****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. 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: \_\_\_\_\_ Pecsét: \_\_\_\_\_

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

Mintavető 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: 

## 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 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 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 ): .....

..... perc is.

..... óra

....., sürgősség esetén

....., Mintavevő aláírása:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 transzfúziós 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: (Irreguláris antitest, citotoxikus antitest jelenléte)

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

Dátum: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_ Pecsét: \_\_\_\_\_

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

perc is.

óra

sürgősség esetén

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavevő aláírása:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése



<b>Adatok transzplantációs transfúziós javaslat igényléséhez</b>	
<b>Recipiens adatai</b>	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport:
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
<b>Donor adatai</b>	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

<b>Adatok transzplantációs transfúziós javaslat igényléséhez</b>	
<b>Recipiens adatai</b>	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
<b>Donor adatai</b>	
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, pecsétje:

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

## LELETMÁSOLAT KIADÁSA

A 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.**