

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Veszprémi Területi Vérellátónál  
Hatályos 2011. szeptember 1-  
1.1. verzió**

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:          **NEM VÁLASZTOTT VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLŐLAP**

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:**.....     .....     **Betegágymelletti vércsoport: ABO: .....** **Rh: .....****Vérkészítmények:****1. Vörösvérsejt koncentrátum** mennyiség  E**2. Friss fagyasztott plazma (FFP)** mennyiség  Esejtszegény, sejtszegény, osztott **3.. Trombocita koncentrátum** mennyiség   Efiz.sóban reszuszpendált szűrt irradiált gépi aferezisből **Sürgősség:** Nem:  Igen:  Oka: .....

Megjegyzés: .....

.....

Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**Kérjük, hogy speciális vérkészítmény igény és sürgősség esetén vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.**

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 TAJ:        Azonosító típusa:  Térítési kategória:  Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő):        Lakhely:     .....**Diagnózisok:****BNO Kód:**

.....

   

.....

   **Beteggy melléti 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? (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 adatai: Mintavétel ideje:      , sürgősség esetén   óra   perc is......  
Mintavevő aláírása.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**Kérjük, hogy speciális vérkészítmény igény és sürgősség esetén vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.**

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: 

### VIZSGÁLATKÉRŐ LAP ANYAI VÉRMINTA ABO, RhD MEGHATÁROZÁSHOZ ÉS ELLENANYAGSZŰRÉSHEZ

Beteg neve:.....

Anyja neve: .....

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: TAJ:  Azonosító típusa:  Térítési kategória: Törzsszám/ naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő): Lakhely: **Diagnózis:****BNO Kód:****Beteggy 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. 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 adatai: Mintavétel ideje:   , sürgősség esetén  óra  perc is.

Mintavevő aláírása

Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

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:**  
**Beteggy melléti 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 )  
.....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: , sürgősség esetén  óra  perc is......  
Mintavevő aláírása.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**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 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. Van-e gyanú AIHA-ra? Igen:  Nem: 

9. Gyógyszerei :.....

10. **Sürgősség:** Nem:  Igen:  Oka: .....

11. Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) .....

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

.....

Mintavevő aláírása

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**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: **KÉRŐLAP HEMOSZTÁZIS VIZSGÁLATOKHOZ**

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:  .....**Diagnózis:****BNO Kód:**

.....

VIZSGÁLAT	Kód	Igény
Prothrombin meghatározás INR	4097	
Prothrombin meghatározás %	4062	
Aktivált parciális tromboplasztin idő	4066,4068	
Trombin idő meghatározás	4076,4078	
Fibrinogén meghatározás	4094	
Antitrombin-III aktivitás meghatározása	4038	
Protein C aktivitás meghatározása	4034	
Protein S aktivitás meghatározása	4036	
APC rezisztencia funkcionális teszt	4010	
D-dimer kvantitatív meghatározása	4042	
D-dimer szemikvantitatív meghatározása	4006	
Trombocita aggregáció vizsgálata, ágensenként	4004,4005	
VII. alvadási faktor aktivitásának meghatározása	4022	
VIII. alvadási faktor aktivitásának meghatározása	4024	
IX. alvadási faktor aktivitásának meghatározása	4026	
von Willebrand faktor meghatározás (Risztoctin kofaktor aktivitás)	4002	
Egyéb:		

Sürgősség: Nem:  Igen:  Oka: .....

A beteggel kapcsolatos megjegyzések (anamnézis):

.....

Vérmintavétel adatai: mintavétel ideje:   , sürgősség esetén  óra  perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Dátum:

Kérjük, hogy vérzékenységi és trombofília kivizsgálás, valamint trombocita aggregációs vizsgálati igény esetén telefonon vegye fel a kapcsolatot a Vérellátóval.

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 adatai: Mintavétel ideje:   , sürgősség esetén  óra  perc is......  
Mintavevő aláírása.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék)

Dátum:

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:

**BEJELENTÉS 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**  
(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, pecsét száma:

-----  
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.**