

**A vizsgálatkérés és mintafogadás feltételei a Soproni Területi Vérellátóban**  
**Hatályos 2009. szeptember 1-**  
**1.0 verziószám**

**1. Vérkészítmények igénylése:**

- 1.1 A vérkészítmények igénylése írásban történik, a *Vérellátóval* történt előzetes egyeztetés után.
- 1.2 Az igényeket a *Vérellátónál* kell leadni.
- 1.3 A tervezhető beavatkozások vérigényét a *Felhasználó* lehetőség szerint előző héten jelzi a *Vérellátónak* (pl. következő heti műtéti kiírás megküldése, vércsoport és az igényelt vérmennyiség feltüntetésével).
- 1.4 A *Felhasználó* biztosítja, hogy csak szakmailag indokolt esetben igényel sürgősséggel vérkészítményeket.
- 1.5 A *Felhasználó* tudomásul veszi, hogy a biztonságos sürgősségi betegellátás érdekében a tervezhető beavatkozásait esetenként át kell ütemeznie, ha azt a *Szolgáltató* vérkészlete indokolttá teszi.

**2. Immunhaematológiai vizsgálatok**

**2.1 Vérválasztás igénylése:**

- 2.1.1. A vérválasztás során az ABO, Rh(D) meghatározást és ellenanyag-szűrést is elvégzi a *Vérellátó*.
- 2.1.2. A vérkészítmények igénylése igénylő lapon történik (1. sz. adatlap), melynek minimális adattartalma a Transzfúziós Szabályzatban foglalt minta-igénylőlap és a mindenkor érvényben lévő OEP finanszírozási adatszolgáltatási előírás szerinti.
- 2.1.3. A vizsgálathoz a 3. pontban meghatározott mennyiségű, 24 óránál nem régebbi vérminta szükséges. 4 hónapos korig a csecsemő vérmintájához külön igénylőlappal ellátott anyai vérmintát is küldeni kell (2. sz. adatlap). Ebben az esetben az anyát úgy kell tekinteni, mintha a csecsemőt ellátó kórházi osztály fekvőbetege lenne. Amennyiben a *Vérellátó* által alkalmazott módszer vérminta igénye változik, arról köteles a *Felhasználót* írásban értesíteni.
- 2.1.4. Az igénylést munkanapokon az esedékesség napján legkésőbb 10 óráig kell írásban a *Vérellátóban* leadni. A 10 óra után érkezett igényeket – a sürgősség esetét kivéve – a *Vérellátó* a következő munkanapon teljesíti. Hétvégi és más munkaszüneti napokon csak sürgősségi ellátás van. A sürgősség tényét és okát az igénylőlap megfelelő rovatában is jelezni kell.
- 2.1.5. A vérválasztás igénylésénél a beteg ABO Rh(D) tulajdonságát (betegágy melletti vizsgálat eredménye), a korábbi vércsoport-szerológiai eredményt (pozitív ellenanyagszűrés, azonosított antitest, vércsoporteltérés stb.), esetleges transzfúziós javaslatot az igénylőlapon fel kell tüntetni, vagy e lelet másolatát mellékelni kell, kivéve ha *Felhasználó* az ABO Rh(D) meghatározásnál tapasztal problémát, akkor ebben az esetben a tapasztaltakat kell ismertetni az igénylőlapon vagy mellékelni az igénylőlaphoz. Ennek hiányában az igény nem fogadható el.

- 2.1.6. A **Felhasználó** tudomásul veszi, hogy amennyiben a vérválasztás során az immunhaematológiai vizsgálatok eredményei azt indokolják (pozitív ellenanyagszűrés, vércsoport eltérések stb.), egyrészt a vérválasztás ideje megnyúlik, másrészt a **Szolgáltató** az általa szakmailag indokolt vizsgálatokat elvégezheti és ebben az esetben szakvéleményt ad. Ezen vizsgálatok elvégzése nélkül nem lehet kompatibilis vörösvérsejt-vérkészítményt biztosítani a betegnek. Amennyiben a vizsgálatok folytatásához további vérminta szükséges, a **Vérellátó** azt telefonon vagy írásban jelzi a **Felhasználó** felé.
- 2.1.7. A szakmailag indokolt elvégzett vizsgálatokról a **Szolgáltató** számlát állít ki a **Felhasználó** részére.

## **2.2 ABO, Rh(D) meghatározás és ellenanyagszűrés:**

- 2.2.1. A vizsgálatkérés a mellékelt igénylőlapon történik (3. sz. adatlap). A vizsgálatkérésre vonatkozó szabályok egyebekben megegyeznek a vérválasztásnál leírtakkal.

**3. OVSZ Soproni Területi Vérellátó elérhetőségei és a jelen melléklet szerinti vizsgálatok vérmintaigényei:**

**OVSZ Soproni Területi Vérellátó elérhetőségei**

Részleg megnevezése	Milyen ügyben?	Elérhetőség telefonon	
		Mikor?	Telefon-szám
Vércsoportszerológia	Információkérés vércsoport vizsgálattal, vérválasztással kapcsolatban	H-V 0-24 h	06-99-312-120/139 mell.
Vérkiadó	Vérkészítmény igények egyeztetése	H-P 7:30-15:30 h	06-99-312-120/143 mell.
Hematológiai (Hemosztázis) labor	Alvadási, vérkép-, trombocita aggregációs és viszkozitás vizsgálatokkal kapcsolatosan	H-P 7:30-15:30 h	06-99-312-120/136 mell.
Aferezis szakrendelés	Autotranszfúzió, terápiás aferezis, poliglobuliás betegek kezelésének előjegyzése, egyeztetése	H-P 7:30-15:30 h	06-99-312-120/141 mell.
Hematológia szakrendelés	Hematológiai problémák konzultációja, betegek előjegyzése	H-P 7:30-15:30 h	06-99-312-120/167 mell.
<b>Munkaidőn kívül, bármilyen ügyben</b>			06-99-312-120/139 mell.

**Felnőtt betegek immunhematológiai vizsgálatai – OVSZ Soproni Területi Vérellátó**

Vizsgálat megnevezése	Minimálisan szükséges vérminta	Nyomtatvány
Vérválasztás	9 ml natív	1. sz. adatlap
ABO/RhD meghatározás, ellenanyagszűrés	9 ml natív	3. sz. adatlap
Terhesek immunhematológiai kivizsgálása: ABO/RhD meghatározás, ellenanyagszűrés	9 ml natív	2. sz. adatlap
Egyéb vizsgálatok	Kérjük, vegye fel a kapcsolatot a szolgáltató laboratóriummal	

A vérmintákat a Transzfúziós Szabályzatban ismertetett módon kell jelölni

**Újszülöttek és gyermekek immunhematológiai vizsgálatai – OVSZ Soproni Területi Vérellátó**

**Kor: <4 hónap**

<b>Vizsgálat megnevezése</b>	<b>Minimálisan szükséges vérminta</b>	<b>Nyomtatvány</b>
Vérválasztás	2 ml natív újszülött és 9 ml natív anyai	1. és 2. sz. adatlap
ABO/ RhD meghatározás, ellenanyagszűrés	2 ml natív újszülött és 9 ml natív anyai	3. és 2. sz. adatlap
UHB kivizsgálás	2 ml natív újszülött és 9 ml natív anyai	3. és 2. sz. adatlap
UHB kivizsgálás vörösvérsejt készítmény igényel	2 ml natív újszülött és 9 ml natív anyai	1. és 2. sz. adatlap
Egyéb vizsgálatok	Kérjük, vegye fel a kapcsolatot a szolgáltató laboratóriummal	

**Kor: >4 hónap és < 3 év**

<b>Vizsgálat megnevezése</b>	<b>Minimálisan szükséges vérminta</b>	<b>Nyomtatvány</b>
Vérválasztás	3 ml natív	1. sz. adatlap
ABO/ RhD meghatározás, ellenanyagszűrés	3 ml natív	3. sz. adatlap
Egyéb vizsgálatok	Kérjük, vegye fel a kapcsolatot a szolgáltató laboratóriummal	

**Kor: >3 év és < 10 év**

<b>Vizsgálat megnevezése</b>	<b>Minimálisan szükséges vérminta</b>	<b>Nyomtatvány</b>
Vérválasztás	6 ml natív	1. sz. adatlap
ABO/ RhD meghatározás, ellenanyagszűrés	6 ml natív	3. sz. adatlap
Egyéb vizsgálatok	Kérjük, vegye fel a kapcsolatot a szolgáltató laboratóriummal	

**Kor: >10 év ld. felnőtt betegek vizsgálatához szükséges mintamennyiségek**

- Az anyai vérmintákhoz a 2. sz. adatlapot kell mellékelni
- A vérmintákat a Transzfúziós Szabályzatban ismertetett módon kell jelölni