

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Szekszárdi Területi Vérellátónál
Hatályos 2011. szeptember 1-
1.1. verzió**

VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Vércsoport (AB0, Rh, ellenanyagszűrés)

Választott vér igénylése

Egyéb vizsgálat(ok): _____

Beteg neve: _____ TAJ szám: _____ - _____ - _____

Születési dátum: (év,hó,nap) _____ Azonosító típusa:

Leánykori név: _____ Törzsszám: _____

Anyja neve: _____ Naplósorszám: _____

Lakcím: _____

Beküldő: _____

Térítési kategória: Beteg neme: férfi nő

Külföldi -Útlevelezszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is): _____

Diagnózis: _____ BNO:

Vércsoport vizsgálat kérésekor is ki kell tölteni!

Vércsoport: _____ **ABO:** _____ **Rh(D):** _____

Kapott-e a beteg valaha vérkészítményt? igen nem

Ha igen, az 3 hónapon belül történt? igen (az utolsó dátuma: _____) nem

Volt-e transfúziós szövődménye? igen (dátuma: _____) nem

Milyen szövődmény?: _____

Korábbi terhességek száma: _____ Volt-e ÚHB-s újszülöttje?: igen nem

Jelenlegi terhesség esetén: GESTATIO HÉT: _____

Jelen terhessége során kapott-e anti-D IgG-t? igen (DÁTUMA: _____) nem

Szülészeti esemény időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

Újszülött neve: _____ Törzsszáma: _____ Neme: fiú lány

Volt-e szerv vagy szövetátültetése? igen (dátuma: _____) nem

Korábbi vércsoportszerológiai eredmény: _____

Küldött vérminta levételének ideje: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

Igényelt vérkészítmény:	Mikorra kéri: dátum: óra:	Mennyiség:	Sürgősség: (bekarikázni)	Sürgősség indoka:
			igen nem	
			igen nem	

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap **Probléma esetén hívható telefonszám:** _____

Igénylő orvos neve: _____ Pecsétje: _____

Konzulens neve: _____ Pecsétszáma: _____

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:

....., 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:

....., 200

Országos Vérellátó Szolgálat
Pécsi Regionális Vérellátó Központ



Tel.: 72/517-825 Fax: 72/517-827
e-mail: prvkimmun@ovsz.hu

Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium

VIZSGÁLTÁTKÉRŐ LAP TROMBOCITA-SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATOKHOZ

7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.

Beküldő intézet:	Kódja:
Beteg neve:	Anyja neve:
Születési neve:	Születési dátum: év hó nap
TAJ-szám:-.....-.....	Beteg neme: férfi / nő Azonosító típusa: <input type="checkbox"/> Térítési kategória: <input type="checkbox"/>
Lakcím:	Ir. szám:
Külföldi- Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is):	
Naplószám / törzsszám /:	BNO kód: 1 2
Vizsgálatkérés dátuma:	Vérvétel ideje:
Vizsgálatkérő szakorvos aláírása és pecsétje:	

Igényelt vizsgálat:

- Trombocita ellenes **antitest** kimutatása / natív, nem géles vérminta /
- Trombocita **kompatibilitási** vizsgálat / natív, nem géles vérminta - előzetes megbeszélés alapján /

Vércsoport: ABO: Rh /D/: Trombocita szám:

Kapott-e valaha vérkészítményt?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
3 hónapon belül kapott-e vérkészítményt?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Volt-e transzfúziós szövődménye?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Volt-e szerv- vagy szövetátültetése?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Kezelik-e trombocita képzésre/funkcióra ható gyógyszerrel?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Egyéb megjegyzés:		

Vizsgálatkérés indoka:

- Refrakter állapot
- Transzfúziós szövődmény gyanúja (nem hemolítikus lázas reakció)
- Újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia /NAITP/ / **előzetes megbeszélés alapján** /
- Egyéb ok:



Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium

**VIZSGÁLKÉRŐ LAP
HLA VIZSGÁLATOKHOZ**

Beküldő intézet:	Kódja:
Beteg neve:	Anyja neve:.....
Születési neve:	Születési dátum: év hó nap
TAJ-szám:-.....-.....	Beteg neme: férfi / nő Azonosító típusa: <input type="checkbox"/> Térítési kategória: <input type="checkbox"/>
Lakcím:	Ir. szám:.....
Külföldi -Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is):	
Naplószám / törzsszám /:	BNO kód: 1 2
Vizsgáltkérés dátuma:	Vérvétel ideje:
Vizsgáltkérő szakorvos aláírása és pecsétje:	

HLA vizsgálatok szerológiai módszerrel / CDC / :

A vizsgálatokat előzetes megbeszélés alapján tudjuk fogadni !

- HLA A, B, C antigén szerológiai meghatározása /10 ml 6 órán belüli Na-heparinos vérminta /
- HLA ellenes antitestek kimutatása / 2 ml natív vérminta /
- HLA autoantitest vizsgálat
- HLA kompatibilitási vizsgálat

HLA vizsgálatok molekuláris biológiai módszerrel / PCR / :

- HLA A,B,C meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /
- HLA DR meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /
- HLA DQ meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

Egyéb vizsgálat:

- CMV ellenes IgG antitest kimutatása / csak vesebetegeknek! /
- HLA kompatibilitási vizsgálat flowcitometriás módszerrel / élődonoros veseátültetésnél /

Vizsgáltkérés indoka:

- Vesebeteg vizsgálata
- Vesebeteg gyermek szüleinek vizsgálata
- Élődonoros veseátültetésnél donor vizsgálata / rokonsági fok:/
- Hematológiai beteg vizsgálata
- Hematológiai beteg családtagjának vizsgálata / rokonsági fok:/
- HLA asszociált betegség vizsgálata Diagnózis:
- Egyéb ok:



Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium

**VIZSGÁLTATKÉRŐ LAP
VESEBETEG ISMÉTELT HLA VIZSGÁLATÁHOZ**

Beküldő intézet:	Kódja:
Beteg neve:	Anyja neve:.....
Születési neve:	Születési dátum: év hó nap
TAJ-szám:-.....-.....	Beteg neme: férfi / nő Azonosító típusa: <input type="checkbox"/> Térítési kategória: <input type="checkbox"/>
Lakcím:	Ír. szám:.....
Külföldi- Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is):	
Naplószám / törzsszám /:	BNO kód: 1 2
Vizsgálatkérés dátuma:	Vérvétel ideje:
Vizsgálatkérő szakorvos aláírása és pecsétje:	

HLA vizsgálatok szerológiai módszerrel / CDC / :

A vizsgálatokat előzetes megbeszélés alapján tudjuk fogadni !

- HLA A, B, C antigén szerológiai meghatározása /10 ml 6 órán belüli Na-heparinos vérminta /
- HLA ellenes antitestek kimutatása / 2 ml natív vérminta /
- HLA autoantitest vizsgálat
- HLA kompatibilitási vizsgálat

HLA vizsgálatok molekuláris biológiai módszerrel / PCR / :

- HLA A,B,C meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /
- HLA DR meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /
- HLA DQ meghatározás PCR módszerrel / 3 ml citrátos vagy EDTA-s vérminta /

Egyéb vizsgálat:

- CMV ellenes IgG antitest kimutatása

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.