

Vizsgálatkérő és adatlapok a Székesfehérvári Területi Vérellátóban
Hatályos 2011. szeptember 1-
1.1. verzió

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: **VÖRÖSVÉRSEJT KONCENTRÁTUM 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:**..... **Betegágy melletti vércsoport: ABO:** **Rh:****Igényelt vörösvérsejt koncentrátum** mennyiség E Választott: igen nem **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:

Megjegyzés:

Dátum:

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

Kiadás dátuma:.....

Kiadott mennyiség:.....E

Kiadta:.....

Átvevő:.....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: **THROMBOCYTA KONCENTRÁTUM 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:**

.....

.....

Beteg vércsoportja:ABO.....Rh:.....**Thrombocyta szám:.....G/l****Igényelt mennyiség:E.****Választott:** Nem Igen **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:

Megjegyzés:

Dátum:

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

Kiadás dátuma:.....

Kiadott mennyiség:.....E

Kiadta:.....

Átvevő:.....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: **FRISS FAGYASZTOTT PLAZMA 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:**

.....

.....

Beteg vércsoportja: ABO:..... Rh:.....

Protrombin:.....%

INR:.....

Igényelt mennyiség:**Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:

Megjegyzés:

Dátum:

.....

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

Kiadás dátuma:.....

Kiadott mennyiség:.....E

Kiadta:.....

Átvevő:.....

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:**

.....

.....

Betegség melletti 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? (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: **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: **VÁLASZTOTT TROMBOCITA 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:**
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. 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:G/l
9. Gyógyszerei:.....

Thrombocyta koncentratum: Irradiált Szűrt Mennyiség: E

10. Mikorra kéri a készítményt (dátum, óra):
11. **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:
12. 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 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 aláhúzendó: Lakhely:**Diagnózisok:****BNO Kód:**

.....

.....

Betegágy melletti 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:

Jelen terhesség kora..... hét

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 aláhúzendó): 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:

VIZSGÁLATKÉRŐ LAP ANYAI VÉRMINA 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)

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: **VIZSGÁLATKÉRŐ 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 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. 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 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.