

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Szegedi Regionális Vérellátó Központnál
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 aláhúzendó): □□□□□□□□□□

Lakhely: □□□□□

Diagnózisok:

.....

.....

BNO Kód:

□□□□□□

□□□□□□

Betegággy melletti vércsoport: ABO: Rh:

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | Kapott-e valaha vérkészítményt? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| | Ha igen, 3 hónapon belül? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| 2. | Volt-e transfúziós szövődménye? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| 3. | Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| 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□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra□□□□□□
óra

Mintavevő aláírása:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója □□□□□□□□□□□□□□□□

.....

.....

.....

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 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: _____

..... perc is.

..... óra

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

....., sürgősség esetén

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

Mintavevő aláírása:

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:

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 transfúziós 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen: Nem: **Dátum:** **Aláírás:** **Pecset:**

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:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:.....
Mintavétel ideje:

Intézmény neve:

Címe: Beküldő osztály:

Tel/Fax: Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Kísérőlap anyai vérminták kivizsgálásához (ABO, RhD és ellenanyagvizsgálat)

Beteg neve:..... Anyja neve:

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap:

TAJ: Azonosító típusa: Térítési kategória:

Törzsszám/ naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő):

Lakhely:

Diagnózis:

BNO Kód:

Beteggyógyi mellett 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)

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: _____ Pecset: _____

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc is.

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , sürgősség esetén 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:

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:

Budapest, 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:

Budapest, 200

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 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. 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen: Nem:

Dátum: Aláírás: Pecsét:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék):

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

megnevezése

Intézmény neve:

Címe: Beküldő osztály:

Tel/Fax: Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: **HLA-vizsgálatkérő lap**

A vizsgálat iránya:

HLA antigén vizsgálat: HLA antitest vizsgálat: HLA keresztpróba:

A vizsgálat indoka:.....

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:

.....

.....

1. Kapott-e valaha vérkészítményt? Igen: Nem: Ha igen, 3 hónapon belül? Igen: Nem: 2. Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? Igen: Nem: 3. Gyógyszerei:..... Igen: Nem:

4. Egyéb megjegyzés: (Irregularis 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

sürgőség esetén

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavétel ideje:

Mintavető aláírása:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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:

Szeged, 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.

Szeged, 200.. ...

.....
aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója:.....

Szeged, 200.. ...

.....
kiadó

Személyes átvétel esetén az igénylő képviselőjének (átvevő) aláírása, pecsétje:

.....
átvevő

Szeged, 200.. ...

Jelen adatlap az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény előírásainak történő megfelelést is szolgálja.