

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Salgótarjáni Területi Vérellátóban**  
**Hatályos 2011. szeptember 1-**  
**1.1. verzió**



Intézmény neve: Szent Lázár Megyei Kórház

Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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 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:** ..... **Pecset:** .....Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:  óra  perc is. , sürgősség eseténMintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója  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: Szent Lázár Megyei Kórház  
 Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. Beküldő osztály:

Tel/Fax: Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

**Kísérőlap anyai vérminták kivizsgálásához  
 (ABO, RhD és ellenanyagszűrés)**

Beteg neve:..... Anyja neve: .....  
 Születési neve:.....

Születési év, hó, nap:

TAJ:  Azonosító típusa:  Térítési kategória:

Törzsszám/ naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő):

Lakhely:

**Diagnózis:** ..... **BNO Kód:**

**Betegagy 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. 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

**Dátum:** ..... **Aláírás:** ..... **Pecset:** .....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: <input type="text"/> óra <input type="text"/> perc is.
Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója <input type="text"/> , 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: Szent Lázár Megyei Kórház  
Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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: Szent Lázár Megyei Kórház  
 Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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 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 szövödménye? 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: .....

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.

Mintavétel ideje:  óra  perc is. Mintavétel ideje:  óra  perc is.

Mintavétel ideje:  óra  perc is. Mintavétel ideje:  óra  perc is.

Intézmény neve: Szent Lázár Megyei Kórház

Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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.**