

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

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 aláhúzendő): 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:

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:**

perc is.

óra

sürgősség esetén

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:
 Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , Mintavető 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 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 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. 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

Mintavevő aláírása:

.....
Mintavevő aláírása:.....
Mintavevő aláírása:.....
Mintavevő aláírása:.....
Mintavevő aláírása:.....
Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

.....
Mintavevő aláírása:.....
Mintavevő aláírása:.....
megnevezése

Intézmény neve:

Címe: 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:

Beteggy melléti 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. 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.
 , sürgősség esetén óra perc is.
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: **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 pecsétje

Autotranszfúziós vizsgálatkérő lap

Beteg neve:

.....

Leánykori név:

Született:

Anyja neve:

TAJ száma: Térítési kategória: Címe: Igénylés dátuma:

BNO kód:

Alapbetegség diagnózisa:

Beküldő kórház:

Osztály neve:

Intézmény kódja:

Naplószám (járó beteg)

Törzs szám (fekvő beteg)

Beküldő orvos:

Beküldő orvos telefonja:

Transzfúziós anamnézis

Vércsoport: ABO: Rh:

Transzfúziót 3 hónapnál régebben kapott nem kapott 3 hónapon belül kapott nem kapott

utoljára mikor:

Ismert antitest, ha van:

Terhességek száma:

Műtét tervezett ideje:

Igényelt vér mennyisége :

Vizsgálati eredmények

WE:..... Hb:..... Htk:.....

Kezelőorvos véleménye: A tervezett sajátvér transzfúzióra történő vérvételnek belgyógyászati kontraindikációja nincs._____
pecsét, aláírásNyilatkozat:

Beleegyezem, hogy tervezett műtétemhez, későbbi felhasználásra tőlem vért vegyenek.

beteg aláírása

Dátum:

Intézmény neve:

Címe:

Tel/Fax:

Beküldő osztály:

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 igénylőértesítése személyesen: 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.