

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Pécsi Regionális Vérellátó Központban  
Hatályos 2011. szeptember 1-  
1.1. verzió**

Országos Vérellátó Szolgálat

Pécsi Regionális Vérellátó Központ

7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel./Fax.:72/215-634, 211-920

e-mail: pecs@ovsz.hu

## IGÉNYLŐLAP NEM VÁLASZTOTT VÉRKÉSZÍTMÉNY NÉVRE SZÓLÓ IGÉNYLÉSÉHEZ

Beteg neve: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Születési dátum: ( év,hó,nap) \_\_\_\_\_ Azonosító típusa: 

Születési név: \_\_\_\_\_ Törzsszám: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_ Naplósorszám: \_\_\_\_\_

Lakcím:  \_\_\_\_\_Beküldő intézmény/osztály: \_\_\_\_\_   Térítési kategória:  Beteg neme: férfi / nő

Külföldi –Útleveleszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is): \_\_\_\_\_

Diagnózis(ok): \_\_\_\_\_ BNO: A BETEG VÉRC SOPORTJA: ABO: \_\_\_\_\_ Rh(D): \_\_\_\_\_ Kapott-e a beteg valaha vérkészítményt?  nem  igen / 3 hónapon belül?  nem  igen

/az utolsó transfúzió dátuma: \_\_\_\_\_ készítmény neve: \_\_\_\_\_ mennyisége: \_\_\_\_\_ E

Volt-e transfúziós szövődménye?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_ /típusa: \_\_\_\_\_Korábbi terhességek száma: \_\_\_\_\_ Volt-e ÚHB-s újszülöttje?:  nem  igenJelenleg terhes-e?  nem  igen / kapott-e anti-D IgG-t ?  nem  igen / DÁTUMA: \_\_\_\_\_Volt-e szerv vagy szövetátültetése?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_Volt-e vörösvérsejtekkel történt mesterséges immunizálása?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_

Korábbi vércsoportszerológiai eredmény: \_\_\_\_\_

Korábbi transfúziós javaslat választott vér transfúzióját indikálta?  nem  igen

IGÉNYELT VÖRÖSVÉRSEJT KÉSZÍTMÉNY : \_\_\_\_\_ MENNYISÉGE: \_\_\_\_\_ E

|                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Speciális igény: | mosott/közegcserélt      | fvs. mentesített         | besugarazott             | aferezises               | osztott                  |
|                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IGÉNYELT TROMBOCITA KÉSZÍTMÉNY : \_\_\_\_\_ MENNYISÉGE: \_\_\_\_\_ E

|                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Speciális igény: | mosott/közegcserélt      | fvs. mentesített         | besugarazott             | aferezises               | osztott                  |
|                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IGÉNYELT FFP KÉSZÍTMÉNY : \_\_\_\_\_ MENNYISÉGE: \_\_\_\_\_ E

|                  |                          |                          |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Speciális igény: | sejtszegény              | besugarazott             | aferezises               | osztott                  |
|                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Egyéb kérés/megjegyzés: \_\_\_\_\_

Mikorra kéri a vérkészítményt? dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ Sürgősség jelölése 

Sürgősség indoka: \_\_\_\_\_

Speciális készítmény igényét, vagy sürgősséget kérjük telefonon is jelezze!

Igénylés dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Sürgősség esetén \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Igénylő orvos probléma esetén hívható telefonszáma: \_\_\_\_\_ melléke: \_\_\_\_\_

aláírása \_\_\_\_\_ pecsétje:

Konzulens neve: \_\_\_\_\_ Pecsétszáma: \_\_\_\_\_

Vérminta beérkezésének ideje:dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc Átvevő aláírása: \_\_\_\_\_



## VIZSGÁLATKERŐ LAP

Vércsoport (AB0, Rh, ellenanyagszűrés)  **VÁLASZTOTT** vér igénylés  Egyéb  
vizsgálat(ok): \_\_\_\_\_

Beteg neve: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Születési dátum: ( év,hó,nap) \_\_\_\_\_ Azonosító típusa:

Születési név: \_\_\_\_\_ Törzsszám: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_ Naplósorszám: \_\_\_\_\_

Lakcím:  \_\_\_\_\_

Beküldő intézmény/osztály: \_\_\_\_\_

Térítési kategória:  Beteg neme: férfi / nő

Külföldi –Útlevelezszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is): \_\_\_\_\_

Diagnózis(ok): \_\_\_\_\_ BNO:

### VÉRCSOPORT VIZSGÁLAT KÉRÉSEKOR IS KI KELL TÖLTENI!

**Vércsoport:** ABO: \_\_\_\_\_ Rh(D): \_\_\_\_\_

Kapott-e a beteg valaha vérkészítményt?  nem  igen / 3 hónapon belül?  nem  igen  
/ az utolsó transfúzió dátuma: \_\_\_\_\_ készítmény neve: \_\_\_\_\_ mennyisége: \_\_\_\_\_ E

Volt-e transfúziós szövődménye?  nem  igen /dátuma: \_\_\_\_\_ típusa: \_\_\_\_\_

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

Jelenlegi terhesség esetén: TERHESSÉGI HÉT: \_\_\_\_\_ kapott-e anti-D IgG-t?  nem   
igen/dátuma \_\_\_\_\_

Szülészeti esemény időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Újszülött(ek) neve: \_\_\_\_\_ Törzsszáma: \_\_\_\_\_ Neme: fiú lány

Volt-e szerv vagy szövetátültetése?  nem  igen / dátuma: \_\_\_\_\_

Volt-e vörösvérsejtekkel történt mesterséges immunizálása?  nem  igen /dátuma: \_\_\_\_\_

**Korábbi vércsoportszerológiai eredmény:** \_\_\_\_\_

Van-e gyanú AIHA-ra?  nem  igen Szedett gyógyszerek: \_\_\_\_\_

Küldött vérminta levételének ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Mintavevő aláírása: \_\_\_\_\_

IGÉNYELT VÉRKÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE: \_\_\_\_\_ MENNYISÉGE: \_\_\_\_\_ E

Speciális igény: mosott/közegcserélt  fvs. mentesített  besugarazott  aferézises  osztott

Egyéb kérés/megjegyzés: \_\_\_\_\_

Mikorra kéri a vérkészítményt? dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ Sürgősség jelölése

Sürgősség indoka: \_\_\_\_\_

**Speciális készítmény igényét, vagy sürgősséget kérjük telefonon is jelezze!**

**VÁLASZTOTT VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNY ESETÉN A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK KÉT PÉLDÁNYBAN KITÖLTENI!**

Igénylés dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Sürgősség esetén \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Igénylő orvos probléma esetén hívható telefonszáma: \_\_\_\_\_ melléke: \_\_\_\_\_

aláírása \_\_\_\_\_ pecsétje: \_\_\_\_\_

Konzulens neve: \_\_\_\_\_ Pecsétszáma: \_\_\_\_\_

Vérminta beérkezésének ideje:dátum: \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc Átvevő aláírása: \_\_\_\_\_



### KÍSÉRŐLAP ANYAI VÉRMENTÁHOZ

Az újszülöttet ellátó intézmény/osztály:

Címe:  telefonszáma:

Vérmintavevő intézmény/osztály:

Mintavétel időpontja: dátum:  óra  perc  Mintavevő aláírása:

**Az anya neve:**  TAJ szám:  -  -

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

Születési név:  Törzsszám:

Anyja neve:  Naplósorszám:

Lakcím:

Térítési kategória:

Külföldi –Útlevekszám (E térítési kategória esetén EU kártyamásolat is):

Diagnózis(ok):  BNO:

**AZ ANYA VÉRC SOPORTJA: ABO:**  **Rh(D):**

Kapott-e valaha vérkészítményt?  nem  igen / 3 hónapon belül?  nem  igen

/ az utolsó transfúzió dátuma:  készítmény neve:  mennyisége:  E

Volt-e transfúziós szövödménye?  nem  igen /dátuma:  típusa:

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

Terhessége kapcsán kapott-e anti-D IgG-t?  nem  igen / dátuma

Születési esemény időpontja:  év  hó  nap  óra  perc

Volt-e szerv vagy szövetátültetése?  nem  igen / dátuma:

Volt-e vörösvérsejtekkel történt mesterséges immunizálása?  nem  igen /dátuma:

**Korábbi vércsoportszerológiai eredmény:**

Szedett gyógyszerek:

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

**Mintavevő aláírása:**

#### ÚJSZÜLÖTT(EK) ADATAI:

Név:  TAJ szám:  -  -  Ideiglenes:

Név:  TAJ szám:  -  -  Ideiglenes:

Név:  TAJ szám:  -  -  Ideiglenes:

Igénylés dátuma:  év  hó  nap

Igénylő orvos probléma esetén hívható telefonszáma:  melléke:

aláírása  pecsétje:

Konzulens neve:  Pecsétszáma:

Vérminta beérkezésének ideje:dátum:  óra  perc  Átvevő aláírása:

Országos Vérellátó Szolgálat  
Pécsi Regionális Vérellátó Központ  
7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel./Fax.: 72/215-634, 211-920  
e-mail: pecs@ovsz.hu

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 .....

✂

Országos Vérellátó Szolgálat  
Pécsi Regionális Vérellátó Központ  
7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel./Fax.: 72/215-634, 211-920  
e-mail: pecs@ovsz.hu

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 .....



Vizsgálatot végző laboratórium: **Vírus-szerológiai laboratórium** Tel.: 72/517-818

GH szám: 7467; 7468/107

Megrendelő intézet neve: ..... Kódja: .....

Beküldő osztály: .....

**Beteg neve:** ..... Beteg neme: férfi / nő

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési év, hó, nap:      Napló/törzsszám:

TAJ-szám: .....

Lakcím: .....

Térítési kategória: **1** járóbeteg      **4** nem biztosított járóbeteg      **6** fekvőbeteg

Mintavétel ideje /év, hó, nap; óra, perc/: .....

Megrendelés dátuma: .....

Iránydiagnózis(ok): .....

BNO (1)..... BNO (2) ..... BNO (3) .....

Kapott-e transfúziót?      Igen      Nem

Transzfúzió dátuma: .....

**Igényelt vizsgálatok:**

HBsAg kimutatás.....

HBc antitest kimutatás.....

HCV antitest kimutatás.....

HIV antitest kimutatás.....

CMV antitest kimutatás.....

Treponema ellenes antitest kimutatás (Lues).....

**A vizsgálatokat előzetes megbeszélés alapján kérjük igényelni!**

A vizsgálatkérő orvos aláírása, pecsétje: .....

Elérhetősége (tel.): .....



**Transzplantációs Immungenetikai és Trombocita Szerológiai Laboratórium**

**VIZSGÁLTATKÉRŐ LAP  
TROMBOCITA-SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATOKHOZ**

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

**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 transfúziós 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**

**VIZSGÁLTÁTKÉRŐ LAP  
HLA VIZSGÁLATOKHOZ**

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

**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**

**VIZSGÁLTÁRKÉRŐ LAP  
VESEBETEG ISMÉTELT HLA VIZSGÁLATÁHOZ**

|  |   |
|--|---|
| <b>Beküldő intézet:</b> .....  | Kódja: .....  |
| <b>Beteg neve:</b> .....   | 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

Országos Vérellátó Szolgálat  
Pécsi Regionális Vérellátó Központ  
7621 Pécs, Dischka Gy. u. 7.



Tel.: 72/517-825 Fax: 72/517-827  
e-mail: [prvkimmun@ovsz.hu](mailto:prvkimmun@ovsz.hu)

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: év.....hó.....nap.....óra.....perc.....

### LELETMÁSOLAT KIADÁSA

A másolat kiadható:

A másolat nem adható ki:  - az igénylő értesítése személyesen:  telefonon:  történt.

....., 200.....

.....  
aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója:.....

....., 200.. .....

.....  
kiadó aláírása

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

.....  
átvevő aláírása

....., 200.. .....

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