

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Kecskeméti Területi Vérellátóban
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:**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 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 kéri 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:****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 óra óra óra óra óra óra óra óra óra óra

Mintavevő aláírása:

.....

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

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 aláhúzandó): 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: _____ 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

....., sürgősség esetén

.....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

.....

Mintavevő aláírása:

..... megnevezése

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Kísérőlap terhességi 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:**

- Kapott-e valaha vérkészítményt? Igen: Nem:
Ha igen, 3 hónapon belül? Igen: Nem:
- Volt-e transfúziós szövődménye? Igen: Nem:
- Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? Igen: Nem:
- Terhesség kora (hetekben): hét
- Korábbi vércsoport -szerológiai eredménye? ? (lelet / dátum / labor)
- Immunizáltak-e? Igen: Nem:
- Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? Igen: Nem:
- Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t? Igen: Nem:
- Gyógyszerei:.....
- Sürgősség:** Nem: Igen: Oka:
- 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

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

megnevezése

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

✂

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

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: **VIZSGÁLTAKÉRŐ LAP
TROMBOCITA ELLENES ANTITEST VIZSGÁLATHOZ**

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

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: A beteg neve: férfi nő TAJ: Azonosító típusa: Térítési kategória: Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő): Lakhely:**Diagnózisok:****BNO Kód:**

.....

.....

Vércsoport: ABO: Rh:

- | | | |
|---|---|--|
| 1. | Kapott-e valaha vérkészítményt?
Ha igen, 3 hónapon belül? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| 2. | Volt-e transfúziós szövödménye? | 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? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 5. | Immunizálták-e? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| 6. | Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| 7. | Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t? | Igen: <input type="checkbox"/> Nem: <input type="checkbox"/> |
| 8. | A beteg trombocita száma: | |
| 9. | A vizsgáltkérés oka: | |
| | - refrakter állapot <input type="checkbox"/> | |
| | - nem hemolitikus lázas reakció <input type="checkbox"/> | |
| | - újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia <input type="checkbox"/> | |
| | - egyéb: | |
| 10. | Gyógyszerei:..... | |
| Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) | | |

Vérminta-vétel: vizsgáltkéréssel egyidejűleg vizsgáltkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen: Nem: →

Dátum: _____ Aláírás: _____ Pecset: _____

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék):

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc is. Mintavető egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója , sürgösség esetén óra perc is. Mintavető aláírása:
magnevezése

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

Vércsoport-szerológiai vizsgálatkérő lap szerv transzplantáció előtti kivizsgáláshoz

Milyen szerv transzplantációra vár?.....

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. 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. Egyéb megjegyzés: (Irreguláris 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

sürgősség esetén

Mintavétel ideje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mintavevő aláírása:

.....

.....

.....

.....

megnevezése

Adatok transzplantációs transfúziós javaslat igényléséhez	
Recipiens adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport:
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
Donor adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

Adatok transzplantációs transfúziós javaslat igényléséhez	
Recipiens adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	
Donor adatai	
Név:	anyja neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

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, pecsétszáma:

.....

Igénylés érkeztetése az OVSZ-nél:.....

LELETMÁSOLAT KIADÁSAA 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.