

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Győri Regionális Vérellátó Központnál  
Hatályos 2011. szeptember 1-  
1.1. verzió**

# Vérkészítmény igénylő

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:**

.....

.....

**Kérés típusa:** 1.normál,2.sürgős etc...6.fekvő

**Az igényelt vérkészítmény:** választott  nem választott

**Vércsoport:**

**ABO**

**RhD**

**Alcsoport**

0  pozitív

A  negatív

B

AB

.....

Egyéb, speciális igény: .....

**Az igényelt vérkészítmény megnevezése:**

1.Vörösvérsejt koncentrátum (04760)

2.Szűrt vörösvérsejt koncentrátum (05360)

3.Mosott vörösvérsejt koncentrátum

4.Humán albumin 5%  20%

5.Friss fagyasztott plazma-FFP- (18200)

6.Trombocita aferezisből (12011) - Mindig konzílium!

teljes vérből (12091)

7. Egyéb, speciális készítmény (Mindig konzílium!) .....

**Mennyisége:** .....E .....ml

8. Mikorra kéri a készítményt (dátum, óra): .....

9. **Sürgős:** Igen:  Nem:  Oka: .....

10. Egyéb megjegyzés: .....

Dátum: ..... Igénylő orvos aláírása, pecsétje ..... Telefon (mellék): .....

(sürgősség esetén óra, perc is)

**Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a Véréllátó laboratóriumának illetékesével.**

# VÁLASZTOTT VÖRÖSVÉRSEJT KÉSZÍTMÉNY IGÉNYLŐ LAP

**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:**

.....

.....

**A beteg vércsoportja: ABO: .....**      **Rh: D .....** esetleg alcsoport.....

## Transzfúziós anamnézis:

1. Kapott-e valaha vért, vérkészítményt, im. vérinjekciót?      Igen:       Nem:

Ha igen, 3 hónapon belül?      Igen:       Nem:

2. Volt-e transzfúziós szövödménye?      Igen:       Nem:

Ha igen, mikor?.....

3. Terhességek száma: ..... Volt-e UHB-s újszülöttje?      Igen:       Nem:

4. Korábbi vércsoportszerológia lelete (száma): .....

5. Mesterségesen immunizálták-e?      Igen:       Nem:

6. Volt-e szerv- vagy szövetátültetése?      Igen:       Nem:

7. Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t?      Igen:       Nem:

**Az igényelt vörösvérsejt konc.:** Vvs.konc.       Mosott       Irradiált       Szűrt       **Mennyiség:**   E

8. Mikorra kéri a készítményt ( dátum, óra): .....

9. **Sürgős:** Igen:       Nem:       Oka: .....

10. Egyéb megjegyzés:.....

11. A vérvétel ideje:

Dátum: ..... Igénylő orvos aláírása, pecsétje      Telefon (mellék):.....

(sürgősség esetén óra, perc is)

**Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.**

# Győri Regionális Vérellátó Központtól igényelhető vizsgálatok kérőlapja

Figyelem! A mintavételre, beküldésre külön utasítások vonatkoznak.

VÉRVÁLASZTÁSHOZ/TERHESEK IMMUNHAEMATOLÓGIAI KIVIZSGÁLÁSÁHOZ MÁR NYOMTATVÁNY  
KITÖLTÉSE SZÜKSÉGES!

ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT, RVK GYŐR, MAGYAR u. 8.										Dátum:																																														
Név:					TAJ szám:																																																			
Anyja neve:					Leánykori név:																																																			
Neme:		1. Férfi			2. Nő			Születési idő:																																																
Lakcím:										Irányítószám:																																														
Törzsszám/naplósorszám																				Diagnózis:																																				
Beküldő megnevezése:										Orvos neve:																																														
Osztály- kód:																				Orvos kódja:																		BNO kód:																		
Kérés típusa		1. Normál		Térítési kategória		1. Bizt. járó		2. Bizt. menedékes		3. Áll. szerz. alapján		2. Sürgős		4. Tér.köt. járó		5. Nem bizt. menedékes		6. Fekvő		7. EU																																				
<b>Immunhematológiai vizsgálatok</b>					<b>Hemosztazeológiai vizsgálatok</b>					<b>A vérvétel ideje</b> (sürgősség esetén óra/perc is)																																														
Vércsoport meghatározás és ellenanyagszűrés					PI (protrombin idő)																																																			
Ellenanyag azonosítás					aPTI																																																			
Direkt Coombs					D-dimer																																																			
Indirekt Coombs					Teljes koagulogram (csak előzetes konzílium alapján)																																																			
Ellenanyag titer					Trombofilia kivizsgálás (csak előzetes konzílium alapján)																																																			
Egyéb vizsgálat:.....					Trombocita aggregáció vizsgálata (csak előzetes konzílium alapján)																																																			
<b>Vírusszerológiai vizsgálatok (csak előzetes konzílium alapján)</b>																																																								
HIV 1-2 antitest					HCV antitest																																																			
HBsAg					Luesz																																																			
anti HBc																																																								
<b>Megjegyzés:</b>																																																								

.....  
Orvos aláírása, pecsétje

## Kísérőlap terhesek immunhematológiai gondozásához

TAJ szám: .....	Beküldő intézet, kód: .....
Név: .....	Diagnózis, BNO kód: .....
Leánykori név: .....	
Anyja neve: .....	Beküldő orvos (aláírás, kód, bélyegző)
Szül.idő: .....	
Lakcím: .....	Irányítószám:
Törzsszám / naplósorszám: .....	

Kérés típusa	<input type="checkbox"/> 1. Normál	Térítési kategória	<input type="checkbox"/> 1. Biztosított járó	<input type="checkbox"/> 2. Biztosított menedékes	<input type="checkbox"/> 3. Államközi szerz. alapján járó	<input type="checkbox"/> 7. EU
	<input type="checkbox"/> 2. Sürgős		<input type="checkbox"/> 4. Térítés köteles járó	<input type="checkbox"/> 5. Nem biztosított menedékes	<input type="checkbox"/> 6. Fekvő beteg	

Vérvétel ideje (sürgősség esetén óra/perc is):..... Sorszám: ..... Érkezett: .....

Elintézve:.....

- Vércsoport meghatározás és ellenanyagszűrés  Ellenanyag azonosítás (10 ml natív vérminta szükséges)
- Ellenanyagtiter
- IC  DC

Az elmúlt 1 évben anti-D profilaxisban részesült: nem  igen  mikor: .....

A szülés várható ideje: .....

Pozitív ellenanyagszűréssel rendelkezőknél kérjük az alábbiakat is kitölteni:

Terhességek száma: ..... Szövődmény az előző terhességek során: igen  nem  Gyógyszerszedés: igen  nem

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 aláhúzendó): 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. A beteg trombocita száma: .....

9. A vizsgáltkérés oka:

- refrakter állapot - nem hemolitikus lázas reakció - újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia 

- egyéb: .....

10. Gyógyszerei: .....

Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) .....

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

Dátum: ..... Aláírás: ..... Pecsét: .....

(sürgősség esetén óra/perc is)

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék ): .....

.....  
perc is. óra

sürgősség esetén

Mintavevő 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: .....

....., 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.**



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 aláhúzendó): Lakhely: .....**Diagnózis:****BNO Kód:**

.....

**Beteggy 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. 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:** .....

(Sürgősség esetén óra/perc is)

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