

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Székesfehérvári Területi Vérellátóban**  
**Hatályos 2009. Június 1-**  
**1.0. verzió**

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

### VÖRÖSVÉRSEJT KONCENTRÁTUM IGÉNYLŐLAP

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:**

**Kód:**

.....

.....

**Betegagy melletti vércsoport: ABO: .....**      **Rh: .....**

**Igényelt vörösvérsejt koncentrátum**      mennyiség      E      Választott: igen      nem

**Sürgősség:** Nem:    Igen:    Oka: .....

Megjegyzés: .....

Dátum:

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Kiadás dátuma:.....

Kiadott mennyiség:.....E

Kiadta:.....

Átvevő:.....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

**THROMBOCYTA KONCENTRATUM IGÉNYLŐLAP**

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:**

.....

.....

**Beteg vércsoportja:ABO.....Rh:.....****Thrombocyta szám:.....G/l****Igényelt mennyiség: .....E.****Választott:** Nem  Igen **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka: .....

Megjegyzés: .....

Dátum:

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Kiadás dátuma:.....

Kiadott mennyiség:.....E

Kiadta:.....

Átvevő:.....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

**FRISS FAGYASZTOTT PLAZMA IGÉNYLŐLAP**

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:****Kód:**

.....

.....

**Beteg vércsoportja: ABO:..... Rh:.....**

Protrombin:.....%

INR:.....

**Igényelt mennyiség:** .....**Sürgősség:** Nem: Igen: Oka: .....

Megjegyzés: .....

Dátum:

.....

Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Kiadás dátuma:.....

Kiadott mennyiség:.....E

Kiadta:.....

Átvevő:.....

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

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 transzfúziós szövődménye?

Igen: Nem:

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

Igen: Nem:

4. Korábbi vércsoportszerológia 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:

**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 adatai: Mintavétel ideje:

, sürgősség esetén óra perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**Kérjük, hogy speciális vérkészítmény igény és sürgősség esetén vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.**

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

**VÁLASZTOTT TROMBOCITA 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 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 szövődménye?                    | 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: .....G/l                 |       |      |
| 9. | Gyógyszerei:.....                                  |       |      |

**Thrombocyta koncentratum:** Irradiált Szűrt**Mennyiség:** E

10. Mikorra kéri a készítményt ( dátum, óra): .....
11. **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka: .....
12. Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) .....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: , sürgősség esetén óra perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**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 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: |
|     | Jelen terhesség kora.... . hét                                     |       |      |
| 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.  | <b>Sürgősség:</b> Nem: Igen: Oka: .....                            |       |      |
| 10. | Egyéb megjegyzés: ( vérminta, beteg )                              |       |      |
|     | .....  |       |      |

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: , sürgősség esetén óra perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**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 aláhúzendő):

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 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. Van-e gyanú AIHA-ra? Igen: Nem:
9. Gyógyszerei :.....
10. **Sürgősség:** Nem: Igen: Oka: .....
11. Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg) .....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: , sürgősség esetén óra perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**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 ANYAI VÉRMINA ABO, RhD MEGHATÁROZÁSHOZ ÉS ELLENANYAGSZŰRÉSHEZ

Beteg neve:.....

Anyja neve: .....

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: €€€€€

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám  / naplósorszám  (a megfelelő aláhúzendő):

Lakhely: €€€€€.....

**Diagnózis:****BNO Kód:**

.....

**Betegágymelletti 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.    | 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.    | <b>Sürgősség:</b> 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 adatai: Mintavétel ideje: ....., sürgősség esetén ..... óra ..... perc is.

.....  
Mintavevő aláírása.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (telefon, mellék)

Intézmény neve:

Címe:

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?<br>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 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 adatai: Mintavétel ideje:

, sürgősség esetén

óra

perc is.

.....

Mintavevő aláírása

.....  
Az igényt kiállító orvos aláírása, pecsétje, elérhetősége (Telefon, mellék )

Dátum:

**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:

**BEJELENTÉS 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:

**LELETMÁSOLAT-IGÉNYLŐ 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 értesítése

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.**