

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Szegedi Regionális Vérellátó Központnál
Hatályos 2008. február 1-
1.0. 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

TAJ:

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzendő):

Lakhely:

.....

Diagnózisok:

BNO Kód:

.....

.....

Betegággy 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 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 kérik 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:

perc is.

óra

, sürgősség esetén

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

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

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 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 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

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

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 aláhúzendő):

Lakhely: €€€€€.....

Diagnózisok:**Kód:**

.....

Betegággy 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:

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

, sürgősség esetén

, Mintavevő aláírása:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

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:****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. | 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:

.....
perc is.

óra

, sürgősség esetén

, Mintavevő aláírása:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
megnevezése

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:



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 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? | 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 vizsgálatkérés oka: | | | |
| | - refrakter állapot | | | |
| | - nem hemolitikus lázas reakció | | | |
| | - újszülöttnél anyai antitest okozta trombocitopénia | | | |
| | - egyéb: | | | |
| 10. | Gyógyszerei:..... | | | |
- Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)

Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék):

.....
perc is.
óra

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

HLA-vizsgálatkérő lap**A vizsgálat iránya:****HLA antigén vizsgálat:****HLA antitest vizsgálat:****HLA keresztpróba:****A vizsgálat indoka:**.....

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:**

.....

.....

1. Kapott-e valaha vérkészítményt? Igen: Nem:
Ha igen, 3 hónapon belül? Igen: Nem:
2. Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? Igen: Nem:
3. Gyógyszerei:.....
4. Egyéb megjegyzés: (Irregularis antitest, citotoxikus antitest jelenléte)

.....

Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem:

Dátum: Aláírás: Pecset:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék):

perc is.

óra

, sürgősség esetén

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése

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:

Szeged, 200

A másolatot kérő orvos aláírása, pecsétszáma:

.....

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

LELETMÁSOLAT KIADÁSA

A másolat kiadható: € nem adható ki: € amennyiben nem adható ki, az igénylő értesítése

személyesen: € telefonon: € történt.

Szeged, 200.. ...

.....

aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója:.....

Szeged, 200.. ...

.....

kiadó

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

.....

átvevő

Szeged, 200.. ...

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