

Vizsgálatkérő és adatlapok a Salgótarjáni Területi Vérellátóban
Hatályos 2008. október 1-
1.0. verzió

Intézmény neve: Szent Lázár Megyei Kórház
Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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:**

- Kapott-e valaha vérkészítményt? Igen: Nem:
Ha igen, 3 hónapon belül? Igen: Nem:
- Volt-e transfúziós szövödménye? Igen: Nem:
- Terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? Igen: Nem:
- 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: Szent Lázár Megyei Kórház
Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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: Pecsét:

perc is.

óra

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

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: Szent Lázár Megyei Kórház
Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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 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

Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója
megnevezése

Intézmény neve: Szent Lázár Megyei Kórház
Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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. | 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) | | |

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:

óra 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: Szent Lázár Megyei Kórház
Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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: Szent Lázár Megyei Kórház
Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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 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. | 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:

Nem:

Dátum: Aláírás: Pecsét:

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon mellék):

Vérminta-vétel ideje: óra perc is.

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése



Intézmény neve: Szent Lázár Megyei Kórház

Címe: 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56. 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.