

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Nyíregyházi Területi Vérellátóban**  
**Hatályos 2009. május 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 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 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:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója  
megnevezése .....

Vérminta-vétel adatai: Minta vétel ideje:



Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék ):

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

2. sz. adatlap

Intézmény neve:

Címe: Beküldő osztály:

Tel/Fax: Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

## Vizsgáltkérő 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 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 )

.....

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

Nem:

Dátum: Aláírás: Pecset:

óra perc is.

, sürgősség esetén

Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója

megnevezése .....

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék ):

.....

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 aláhúzendó):

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 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. 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 ): .....

óra perc is.

, 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:

**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 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.  | 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: 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:

**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:

## 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: .....

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:

## 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.    | 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.    | Egyéb megjegyzés: (Irreguláris antitest, citotoxikus antitest jelenléte) |       |      |
| ..... |  |       |      |

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

Nem:

Dátum:

Aláírás:

Pecset:

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

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: .....

, sürgősség esetén      óra      perc is.

Mintavevő alírása: .....

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója .....

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

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.**