

**Vizsgáltkérő és adatlapok a Kecskeméti Területi Vérellátóban  
Hatályos 2009. június 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:

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 .....

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:



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.  | 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen:**

Nem:

Dátum: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_ Pecsét: \_\_\_\_\_

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 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.  | 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. | <b>Sürgősség:</b> 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.**

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:

.....  
**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.    | <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:

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

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

.....  
 Mintavevő aláírása:  
 .....  
 , sürgősség esetén óra perc is.  
 Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:  
 Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója  
 megnevezése .....

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

**Kísérőlap terhességi 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 szövödménye? Igen: Nem:
3. Terhességek száma: ..... Volt-e UHB-s újszülöttje? Igen: Nem:
4. Terhesség kora (hetekben): ..... hét
5. Korábbi vércsoport -szerológiai eredménye? ? (lelet / dátum / labor) .....
6. Immunizálták-e? Igen: Nem:
7. Volt-e szerv- vagy szövetátültetése? Igen: Nem:
8. Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t? 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

óra 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:

**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: .....

....., 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: .....

....., 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 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 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: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által:** Igen:

Nem:

Dátum: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_ Pecsét: \_\_\_\_\_

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

.....  
perc is.  
óra  
.....  
Mintavevő aláírása:  
.....

.....  
, sürgősség esetén  
óra  
.....  
, 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 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.    | Gyógyszerei :.....                                                       |       |      |
| 9.    | 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) : .....

, sürgősség esetén óra perc is.

, Mintavevő aláírása:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje:

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

### Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez

#### Recipiens adatai

Név:	anya neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport:
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	

#### Donor adatai

Név:	anya neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Előzetes vércsoport:	

kórház pecsét

orvos aláírás és pecsét

### Adatok transzplantációs transzfúziós javaslat igényléséhez

#### Recipiens adatai

Név:	anya neve:
Születési év, hó, nap:	TAJ:
Diagnózis:	Előzetes vércsoport
Transzplantáció típusa:	
Transzplantáció időpontja:	

#### Donor adatai

Név:	anya 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 másolatkéres 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.**