

**Vizsgálatkérő és adatlapok a Győri Regionális Vérellátó Központnál  
Hatályos 2008. május 1-  
1.0. verzió**

# Vérkészítmény igénylő

**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:**

.....

.....

**Kérés típusa:** 1.normál,2.sürgős etc...6.fekvő

**Az igényelt vérkészítmény:** választott             nem választott

Vércsoport:	ABO		RhD		Alcsoport
	0	<input type="checkbox"/>	pozitív	<input type="checkbox"/>	
	A	<input type="checkbox"/>	negatív	<input type="checkbox"/>	.....
	B	<input type="checkbox"/>			
	AB	<input type="checkbox"/>			

Egyéb, speciális igény: .....

**Az igényelt vérkészítmény megnevezése:**

1.Vörösvérsejt koncentrátum (04760)

2.Szűrt vörösvérsejt koncentrátum (05360)

3.Mosott vörösvérsejt koncentrátum

4.Humán albumin                            5%             20%

5.Friss fagyasztott plazma-FFP- (18200)

6.Trombocita aferezisből (12011) - Mindig konzílium!

teljes vérből (12091)

7. Egyéb, speciális készítmény (Mindig konzílium!) .....

**Mennyisége:** .....E                            .....ml

8. Mikorra kéri a készítményt (dátum, óra): .....

9. **Sürgős:** Igen:            Nem:            Oka: .....

10. Egyéb megjegyzés: .....

Dátum: ..... Igénylő orvos aláírása, pecsétje    Telefon (mellék): .....

(sürgősség esetén óra, perc is)

**Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a Véréllátó laboratóriumának illetékesével.**

# 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:**

.....

.....

**A beteg vércsoportja: ABO: ..... Rh: D ..... esetleg alcsoport.....**

## Transzfúziós anamnézis:

1. Kapott-e valaha vért, vérkészítményt, im. vérinjekciót?    Igen:    Nem:

Ha igen, 3 hónapon belül?    Igen:    Nem:

2. Volt-e transzfúziós szövödménye?    Igen:    Nem:

Ha igen, mikor?.....

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

4. Korábbi vércsoportszerológia lelete (száma): .....

5. Mesterségesen immunizálták-e?    Igen:    Nem:

6. Volt-e szerv- vagy szövetátültetése?    Igen:    Nem:

7. Kapott-e 6 héten belül anti-D IgG-t?    Igen:    Nem:

**Az igényelt vörösvérsejt konc.:** Vvs.konc.    Mosott    Irradiált    Szűrt    **Mennyiség:**    E

8. Mikorra kéri a készítményt ( dátum, óra): .....

9. **Sürgős:**    Igen:    Nem:    Oka: .....

10. Egyéb megjegyzés:.....

11. A vérvétel ideje:

Dátum: ..... Igénylő orvos aláírása, pecsétje    Telefon (mellék):.....

(sürgősség esetén óra, perc is)

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

# Győri Regionális Vérellátó Központtól igényelhető vizsgálatok kérelmlapja

Figyelem! A mintavételre, beküldésre külön utasítások vonatkoznak.

VÉRVALASZTÁSHOZ/TERHESEK IMMUNHAEMATOLÓGIAI KIVIZSGÁLÁSÁHOZ MÁS NYOMTATVÁNY  
KITÖLTÉSE SZÜKSÉGES!

ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT, RVK GYŐR, MAGYAR u. 8.										Dátum:																																														
Név:					TAJ szám:																																																			
Anyja neve:					Leánykori név:																																																			
Neme:		<input type="checkbox"/> 1. Férfi			<input type="checkbox"/> 2. Nő			Születési idő:																																																
Lakcím:										Irányítószám:																																														
Törzsszám/naplósorszám																				Diagnózis:																																				
Beküldő megnevezése:										Orvos neve:																																														
Osztály- kód:																				Orvos kódja:																		BNO kód:																		
Kérés típusa		<input type="checkbox"/> 1. Normál		Térítési kategória		<input type="checkbox"/> 1. Bizt. járó		<input type="checkbox"/> 2. Bizt. menedékes		<input type="checkbox"/> 3. Áll. szerz. alapján		<input type="checkbox"/> 4. Tér.köt. járó		<input type="checkbox"/> 5. Nem bizt. menedékes		<input type="checkbox"/> 6. Fekvő		<input type="checkbox"/> 7. EU																																						
<b>Immunhematológiai vizsgálatok</b>					<b>Hemosztazeológiai vizsgálatok</b>					<b>A vérvétel ideje</b> (sürgősség esetén óra/perc is)																																														
<input type="checkbox"/> Vércsoport meghatározás és ellenanyagszűrés					<input type="checkbox"/> PI (protrombin idő)																																																			
<input type="checkbox"/> Ellenanyag azonosítás					<input type="checkbox"/> aPTI																																																			
<input type="checkbox"/> Direkt Coombs					<input type="checkbox"/> D-dimer																																																			
<input type="checkbox"/> Indirekt Coombs					<input type="checkbox"/> Teljes koagulogram (csak előzetes konzílium alapján)																																																			
<input type="checkbox"/> Ellenanyag titer					<input type="checkbox"/> Trombofília kivizsgálás (csak előzetes konzílium alapján)																																																			
<input type="checkbox"/> Egyéb vizsgálat:.....					<input type="checkbox"/> Trombocita aggregáció vizsgálata (csak előzetes konzílium alapján)																																																			
<b>Vírusszerológiai vizsgálatok (csak előzetes konzílium alapján)</b>																																																								
<input type="checkbox"/> HIV 1-2 antitest					<input type="checkbox"/> HCV antitest																																																			
<input type="checkbox"/> HBsAg					<input type="checkbox"/> Luesz																																																			
<input type="checkbox"/> anti HBc																																																								
Megjegyzés:																																																								

.....  
Orvos aláírása, pecsétje

## Kísérőlap terhesek immunhematológiai gondozásához

TAJ szám: .....	Beküldő intézet, kód: .....
Név: .....	Diagnózis, BNO kód: .....
Leánykori név: .....	
Anyja neve: .....	Beküldő orvos (aláírás, kód, bélyegző)
Szül.idő: .....	
Lakcím: .....	Irányítószám:
Törzsszám / naplósorszám: .....	

Kérés típusa	<input type="checkbox"/> 1. Normál	Térítési kategória	<input type="checkbox"/> 1. Biztosított járó	<input type="checkbox"/> 2. Biztosított menedékes	<input type="checkbox"/> 3. Államközi szerz. alapján járó	<input type="checkbox"/> 7. EU
	<input type="checkbox"/> 2. Sürgős		<input type="checkbox"/> 4. Térítés köteles járó	<input type="checkbox"/> 5. Nem biztosított menedékes	<input type="checkbox"/> 6. Fekvő beteg	

Vérvétel ideje (sürgősség esetén óra/perc is):.....

Sorszám: .....

Érkezett: .....

Elintézve:.....

 Vércsoport meghatározás és ellenanyagszűrés Ellenanyag azonosítás (10 ml natív vérminta szükséges) Ellenanyagtiter IC     DCAz elmúlt 1 évben anti-D profilaxisban részülsz:      nem       igen       mikor: .....

A szülés várható ideje: .....

Pozitív ellenanyagszűréssel rendelkezőknél kérjük az alábbiakat is kitölteni:Terhességek száma: ..... Szövődmény az előző terhességek során: igen  nem  Gyógyszerszedés: igen  nem

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 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:

Pecset:

(sürgősség esetén óra/perc is)

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 .....

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:

**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, pecsét száma:

.....

-----  
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.**



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 aláhúzendó):

Lakhely: €€€€€.....

**Diagnózis:****BNO Kód:****Beteggyel 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.  | <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: ..... Pecsét: .....

(Sürgősség esetén óra/perc is)

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 .....