

Vizsgálat/Vérkészítmény igénylőlap

Sürgős igény: Sürgősség oka, Hb/Htk: _____

Igénylő

Intézmény név: _____

Szervezeti egység azonosító és megnevezés:

Orvos pecsétszám és név: Telefonszám: _____

Beteg

Családi név: _____ Születési idő:

Utónév: _____ Férfi: Nő:

Születési név: _____ TAJ:

Anyja neve: _____ Állampolgárság:

Lakcím:

Ellátás

Törzs/Naplószám: Térítési kategória: Személyazonosító típusa:

Diagnózis 1.: Diagnózis 2.:

Anamnézis

Betegágy melletti vércsoport, ABO: RhD:

Kapott életében vérkészítményt: 3 hónapon belül kapott vérkészítményt: Terhességek száma:

Volt szerv vagy szövetátültetése: Volt már transfúziós szövödménye: Volt ÚHB-s újszülöttje:

AIHA gyanúja fennáll: Immunizáltak valaha: Kapott 4 hónapon belül anti-D IgG-t:

Gyógyszerek: _____

Vizsgálati igény

Laboratóriumi vércsoport: Vérválasztás: Trombocita ellenes antitest: Egyéb: _____

Mintavétel dátuma és időpontja:

Mintát vevő intézmény: _____

Adatok trombocita vizsgálathoz: _____

Újszülött/anya adatai: _____

Vérkészítmény igény

Vérkészítmény: _____ Vércsoport: _____ Mennyiség: _____

Vérkészítmény: _____ Vércsoport: _____ Mennyiség: _____

Vérkészítmény: _____ Vércsoport: _____ Mennyiség: _____

Megjegyzések

Lelet továbbítása (intézményi e-mail cím): _____

Átadás-átvétel

Igénylés dátuma és időpontja:

P.H.

Igénylő aláírása

Átvétel dátuma és időpontja:

Átvevő aláírása