

**ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT**

Cím: 1113 Budapest, Karolina út 19-21.
 Postacím: 1518 Budapest, Pf. 44
 Telefon: (+36 1) 391 4570
 Telefax: (+36 1) 398 1177
 web: <http://www.ovsz.hu/szervdonacio>
 e-mail: coordinator@ovsz.hu

SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA**OVSZK Donorkivizsgáló Laboratórium**

Intézményi azonosító kód: 016425064
 1113 Budapest, Daróczi út 16.

Tel: 06-1-372-4208, Fax: 06-1-372-4152

Az intézmény a beutalt tekintetében területi ellátásra kötelezett

Riadó sorszáma:

Mintavétel **zárt rendszerben**: 6 ml EDTA-s csőbe vett vér;
 9 ml natív csőbe vett vérminta – EBV vizsgálatra

KÉRŐLAP POTENCIÁLIS SZERVDONOR VÍRUS SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATÁHOZ

Név:		Anyja neve:	
Születési név:		Kórházi Törzsszám:	
Születési dátum:		Rövid kórelőzmény:	
Lakcím:		Diagnózis:	
TAJ:		BNO kód:	
Vércsoport:		Transzfúziós előzmények:	

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

HIV Ag/Ab
 HBsAg
 anti-HCV

anti-HBc
 anti-HBs*
 anti-TP (szifilisz)

anti-CMV IgM/IgG
 Toxoplasma IgM/IgG
 EBV IgM/IgG

Sürgős vizsgálat, oka: Szervdonor

Mintavétel időpontja (dátum, óra, perc):

Beküldő intézet neve, NEAK azonosítója:

Vizsgálatkérő orvos neve:

Aláírás:

Dátum:

Orvosi pecsét helye:

Kérjük a vizsgálat kérése előtt a potenciális donort jelentse az OVSz- Szervkoordinációs Iroda donorjelentő zöldszámán 06-80-203-867!

OVSz vérellátó tölti ki:

Minta beérkezésének időpontja:
 (dátum/óra /perc)

Átvevő aláírása:

Vizsgálat eredményéről telefon/fax küldve:
 (dátum/óra /perc):

Eredményt küldte:

* Amennyiben az anti-HBc reaktív, kérjük a vizsgálatot az OVSZK-ban elvégezni