

Vizsgálatkérő és adatlapok a Békéscsabai Területi Vérellátónál
Hatályos 2011. szept 1-
1.1. verzió

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:****Betegágymelletti 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)

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: _____

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: óra perc is. sürgősség esetén Mintavevő aláírása: 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:

....., 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**

(a leletmásolat térítési díja 500 Ft/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, pecsétszáma:

.....

Igénylés érkeztetése az OVSZ-nél:.....

LELETMÁSOLAT KIADÁSAA 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.