|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vérkészítmény panaszlap\*** | | | | | | | | | | **CÍMZETT** *(a vérkészítményt kiadó OVSz vérellátó):* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bejelentő intézmény** *(intézmény-osztály / cím-telefon)****:*** | | | | | | | | | | **A kifogásolt vérkészítmény azonosító száma:** *(lehetőség szerint a vérkészítményhez csatolt címke)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kifogásolt vérkészítmény adatai:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vérkészítmény fajta: | | | | vörösvérsejt koncentrátum , trombocita koncentrátum , plazma , granulocita | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vérkészítmén típus: | | | | határréteg szegény , additív oldatban reszuszpendált , mosott , közegcserélt ,  helyreállított , osztott , fehérvérsejt-mentesített  , besugarazott , fagyasztott | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Termékkód: | | Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | | | Egyéb adat: | | | | Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | | |
| **Észlelés:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OVSz-től való beérkezéskor | | | | | | | | Tárolás során | | | | | | Felmelegítéskor | | | | | Felolvasztáskor | | | | | | |
| Osztályra történő kiadáskor | | | | | | | | Transzfúzió előtti ellenőrzéskor | | | | | | | | | Egyéb: | | | | Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | |
| **Kifogás:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nem az egyeztetett időpontban érkezett | | | | | | | | | | | Nem az igényelt vérkészítmény típus érkezett | | | | | | | | | | | | | | |
| Vérkészítmény kísérő lap nélkül érkezett | | | | | | | | | | | Szállítólevél nélkül érkezett | | | | | | | | | | | | Lejártan érkezett | | |
| Szegmens hiányzik | | | | | Sérült a címke | | | | | | Sérült zsák | | | | | Aggregátum tartalmú | | | | | | | Hemolitikus | | |
| Alvadékos | | | | | Nem a címkén lévő vércsoport tulajdonságú készítményt tartalmazza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Egyéb: | Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **A kifogás részletes leírása, a kórház azonnali intézkedésének leírása** *(amennyiben szükség volt ilyen intézkedésre)***:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A panaszlapot kitöltötte:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szöveg beírásához kattintson ide. | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **név** (nyomtatott betűkkel) **orvosi pecsét** | | | | | | | | |  | | | | **aláírás** | | | | |  | | | | **dátum és idő** *(ÉÉÉÉ.HH.NN / óó.pp)* | | | |
| **AZ OVSz TÖLTI KI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A panaszlap az OVSz vérellátóba érkezett:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A kivizsgálás eredménye** *(hivatkozás laboratóriumi eredményére)****:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A kifogást igazoltuk** € | | | **A kifogást nem igazoltuk** € | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Panasztevő felé válaszlevél iktatási szám:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  | |
| **OVSz MBO-nak/RVK-nak jelentőlap azonosítószám:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vérellátó vezető** | | | | | |  | | | | **QA megbízott/felelős** | | | | | | | | |  | | | **dátum** | | | |

*\*Ez a panaszlap a szövődmény mentes kifogások bejelentésére szolgál.   
 A panaszlaphoz csatolni kell a kifogásolt vérkészítményt és a kapcsoldó kísérő lapot.*