

**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](mailto: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

**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

Toxoplasma IgM/IgG

  
  
  


anti-CMV IgM/IgG

anti-TP (szifilisz)

anti-HBc

anti-HBs\*

**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 zöldszáman **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

Tisztelt Délpesti Centrumkórház-Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet!

Kérjük a donor EBV (IgG, IgM) vizsgálatát elvégezni szíveskedjék.

Üdvözlettel:

P. H.

OVSz Szervkoordinációs Iroda tölti ki:

aláírás