



KÉRŐLAP A VÉRELLÁTÓ FELÉ

EHB 7-09/00-20

Változat: 1
Hatályba lépés:
2013. 04. 01.

Csak vizsgálat kérése
(vércsoport Rh, ellenanyagszűrés)

Csoportazonosítási
igénylése

Választott vér
igénylése

Vizsgálatra felkért OVSZ vérellátó megnevezése:
Intézmény azonosító kódja:

Mintavevő intézmény/osztály:..... Ágazati azonosító kód:.....
Mintavétel időpontja:..... Mintavevő aláírása:.....

Beteg neve:..... Anyja neve:
Leánykori név:.....
Lakcím:.....
Születési év, hó, nap:..... Neme: férfi nő
TAJ szám:..... Azonosító típusa:.....Térítési kategória:.....
Törzsszám/naplósám (a megfelelő aláhúzendő):.....
Diagnózis:..... BNO-kód:.....
Transzfuziológiai javallat:.....Hgb:.....Htk:.....

Igényelt vizsgálat:

A beteg kórelőzménye	A beteg vércsoportja: AB0:Rh:
Transzfúzió 3 hónapon belül:	igen nem
Utolsó transzfúzió (időpont? készítmény? mennyiség?):.....	
Korábbi transzfúziós szövődmény?	igen nem
A szövődmény időpontja, leírása:.....	
Korábbi transzfúziós javaslat választott vér transzfúzióját indikálta?	igen nem
Korábbi vizsgálat során kimutatott irreguláris antitest?	igen nem
Ha nem csatol leletet, az antitest megnevezése:.....	
Szerv-szövet transzplantáció	igen nem
Vörösvérsejtekkel történt mesterséges immunizálás	igen nem
Jelenleg terhes-e, volt-e korábban terhessége, szülése?	igen nem
Kapott-e anti-D IgG-t hat héten belül?	igen nem
Volt-e újszülöttjével vércsoport-szerológiai okok miatt komplikáció (pl. ÚHB)?	igen nem
Allogén csontvelő-átültetésen átesett beteg esetén a donor vércsoportja: AB0:Rh:	

Igényelt vérkészítmény megnevezése:.....mennyiség:.....

Speciális igény:	mosott/közegcserélt	fvs.-mentesített	besugarazott
	aferézises	osztott	szűrt

(Speciális készítmény igénylése előtt konzultáljon a vérellátó illetékesével!)

Egyéb kérés/megjegyzés:.....

Sürgősség jelölése, vagy az időpont amikor az igénylés szól:.....
(Sürgős esetben telefonon is vegye fel a kapcsolatot a vérellátó illetékesével!)

Igénylő orvos neve:.....	Orvosi pecsét:
Igénylő orvos telefonszáma:.....melléke:.....aláírása:.....	
Igénylés dátuma (sürgősség esetén óra, perc is):.....	

Az igény beérkezésének ideje:.....Átvette:.....

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700