2. sz. adatlap

Intézmény neve:
Címe: Beküldő osztály:

Tel/Fax: Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Vizsgálatkérő lap
ABO, RhD meghatározáshoz és ellenanyagszűréshez

Beteg neve:..... Anyja neve: .....
Születési neve:.....

Születési év, hó, nap: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ A beteg neme: férfi ☐ nő ☐

TAJ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Azonosító típusa: ☐ Térítési kategória: ☐☐

Törzsszám / naplósorszám (a megfelelő aláhúzandó): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Lakhely: ☐☐☐.....

Diagnózisok: **BNO Kód:**

..... ☐☐☐☐☐

..... ☐☐☐☐☐

Betegágy melletti vércsoport: ABO: ..... Rh: .....

1. Kapott-e valaha vérkészítményt? Igen: ☐ Nem: ☐
   Ha igen, 3 hónapon belül? Igen: ☐ Nem: ☐
2. Volt-e transzfúziós 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)

.....

Vérminta-vétel: vizsgálatkéréssel egyidejűleg vizsgálatkérő egészségügyi szolgáltató által: Igen: ☐
Nem: ☐ ⇨

Dátum: Aláírás: Pecsét:

Vérminta-vétel adatai: Mintavétel ideje: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐, sürgősség esetén ☐☐ óra ☐☐ perc is.
Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója ☐☐☐☐☐☐☐☐☐,
megnevezése .....
Mintavevő aláírása: .....

Az igényt kiállító orvos elérhetősége (Telefon, mellék):
.....
Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével.

.