Intézmény pecsétje

Terhes vércsoportszerológiai vizsgálatkérő lap

Terhes neve: .....

.....

Leánykori név: .....

Született: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Anyja neve:.....

TAJ száma: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Térítési kategória: ☐☐

Címe: ☐☐☐☐ .....

Igénylés dátuma: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

BNO kód: .....

Alapbetegség diagnózisa: .....

Beküldő kórház:.....

Osztály neve:.....

Intézmény kódja: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Naplószám (járó beteg) .....

Törzs szám (fekvő beteg) .....

Beküldő orvos: .....

Beküldő orvos telefonja:.....

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

Nem: ☐ ⇨ **Vérminta-vétel adatai:** Mintavétel ideje: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐, sürgősség esetén ☐☐ óra ☐☐ perc is.

Mintavevő egészségügyi szolgáltató/osztály azonosítója ☐☐☐☐☐☐☐☐☐, Mintavevő aláírása: .....

megnevezése .....

Vércsoport:.....**ABO:** .....**Rh:** Terhesség ideje hetekben:.....

	Előző terhességek (év hó)	anti-D profilaxis	Terhesség kimenetele
1			
2			
3			
4			
stb.			

Jelen terhességben kapott-e anti-D-t, mikor(év, hó, nap).....

Ismert antitest, ha van: .....

Transzfúzió ideje (év): .....

Újszülöttkori heamolitikus betegségben szenvedő gyermek: igen ☐ nem ☐

Az apa neve:..... születési dátuma.....

Az apa vércsoportja: ABO:..... Rh:.....

Dátum:

pecsét, aláírás

Figyelem: A vizsgálatokhoz egy cső (kb. 10ml) natív és egy cső EDTA-s (kb. 7ml) csőben levett vér szükséges!

Vérminták átvétele naponta 10 óráig!

OVSZ Péterfy u. Területi Vérellátó Intézet, 1076 Bp. Péterfy Sándor u. 14. Tel.: 342-7392, 461-4758 (Vérkiadó)