



VASZARY KOLOS KÓRHÁZ

Főigazgató főorvos: Dr. Kanász Gábor Imre

2500 Esztergom, Petőfi Sándor utca 26-28.

Tel.: +36-33-542-300

Fax.: +36-33-542-302

E-mail: korhaz.esztergom@mail.vaszary.hu

TRAFO 2 - Vércsoport Rh vizsgálat igénylő lap

Páciens neve:
Anyja neve:
Születéskori neve:

Szül. idő, hely:
Állampolgárság:
TAJ szám:

Lakcím:

Kérés időpontja:

Ellátást ig. adat:

Kérő orvos kód:

Kérő orvos neve:

Kérő munkahely kód:

Kérő munkahely neve:

Térítési kategória kódja és megnevezése:

Iránydiagnózis kódja és megnevezése:

Sürgős: (Sürgős esetben telefonon is vegye fel a kapcsolatot a vérellátó illetékessel!)

Mintavétel időpontja: **Mintavevő aláírása:**

Igényelt vizsgálat:

A beteg kórelőzménye **A beteg vércsoportja: ----AB0: Rh(D):**

Transzfúzió az elmúlt 2 hétben	igen	nem
Transzfúzió 2 hétnél régebben, de 3 hónapon belül	igen	nem
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
Szülés várható időpontja:		
Kapott-e anti-D IgG-t hat héten belül?	igen	nem
Volt-e újszülöttjével vércsoport-szerológiai okok miatt komplikáció (pl. ÚHB)?	igen	nem

Irreguláris antitest vizsgálat esetén:

Van-e gyanú AIHA-ra?	igen	nem
----------------------	------	-----

Szedett gyógyszerek:

Egyéb:

Igénylő orvos telefonszáma / melléke:

Orvosi pecsét:

aláírása:

Igénylés dátuma (sürgősség esetén óra, perc is):

Az igény beérkezésének ideje: **Átvette:**