



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

**OVSz, KMRVK Vércsoportszerológiai Laboratórium**

Intézményi azonosító kód: 016426101

1113 Budapest, Daróczy út 16.

Tel: 06-1-372-4262, Fax: 06-1-372-4447

Az intézmény a beutalt tekintetében területi ellátásra kötelezett

Riadó sorszáma:

Mintavétel **zárt rendszerben**: 9 ml natív és 6 ml EDTA-s csőbe vett vér**KÉRŐLAP POTENCIÁLIS SZERVDONOR ELSŐ VÉRCSOPORT-SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATÁHOZ**

Név:		Anyja neve:	
Születési név:		Kórházi Törzsszám:	
Születési dátum:		Rövid kórelőzmény:	
Lakcím:		Diagnózis:	
TAJ:		BNO kód:	

Azonosító típusa:

Térítési kategória:

Korábbi vércsoport:**ABO:****Rh:**

1. Kapott-e valaha vérkészítményt?

Igen: Nem:

Ha igen, 3 hónapon belül?

Igen: Nem:

2. Volt-e transfúziós 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:** Igen Oka: Szervdonor

10. Egyéb megjegyzés: (vérminta, beteg)

Mintavétel időpontja (dátum, óra, perc):

Beküldő intézmény neve, OEP azonosítója:

Vizsgálatkérő orvos neve:

Aláírás:

Dátum:

Orvosi pecsét helye:

Kérjük a vizsgálat kérése előtt a potenciális donort jelentse az OVSz- Szervkoordinációs Iroda donorjelentő zöldszámán 06-80-203-867!