

SYNLAB
VÉRCSOPORT VIZSGÁLKÉRŐ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLATOKHOZ

Név:		Beküldő neve:		Orvosi körpecsét
		Beküldő címe:		
Születési név:		9 jegyű kód:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
TAJ/ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Orvos neve:		Tel: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Születési dátum:		Térítés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fizető <input type="checkbox"/> Csekkel előre* <input type="checkbox"/> Átutalás előre* <input type="checkbox"/>	Szerződéses
Lakcím (helység):		Befizetés azonosító:		Beutaló kelte:
Lakcím (utca,hsz.):		Számlázási név:		Mintav. dátuma:
Iránydiag./BNO:		Számlázási cím:		
		Leletküldési e-mail:		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kérelaphoz kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.

TRANSZFÚZIÓS ANAMNÉZIS				
Kapott-e valaha vérkészítményt?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Ha igen, 3 hónapon belül?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Volt-e transzfúziós szövődménye?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Jelenleg terhes-e?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Terhességi hét:				
Eddigi terhességek száma a jelenlegivel együtt:				
Volt-e UHB-s újszülöttje, vagy halott magzata?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Jelen terhességben kapott-e anti-D IgG-t?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Részesült-e immunterápiában?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Volt-e szerv-, vagy szövetátültetése?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem ismert
Jelenleg alkalmazott gyógyszerei:				

KORÁBBI VÉRCSOPORT MEGHATÁROZÁS EREDMÉNYE		
Főcsoport (A, B, AB, 0)	Rh (poz/neg)	Ellenanyagszűrés (poz/neg)
JELENLEGI LABORATÓRIUMI VIZSGÁLAT		
AB0, Rh meghatározás és Ellenanyagszűrés		L
A LABORATÓRIUM MEGJEGYZÉSEI		

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ
Mintavételi cső: L (6 ml-es lila kupakos, EDTA-s vér)
Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérelap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni. A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
A mintán minimum 2 azonosító megadása kötelező (pl.: név + TAJ szám vagy születési dátum), ezek hiányában a vizsgálat visszautasításra kerül!
*Sürgősség igénylése esetén a vizsgálatot a rutin vállalási időnél (3 mn) rövidebb idő alatt végezzük el (kb.: 1 mn). Előre nyomtatott kérelap esetén a sürgősséget jelezni kell "X"-el , valamint hitelesíteni kell az igényt az orvos aláírásával, pecsétjével . A SYNLAB Csepeli Központi Laboratóriumába küldendő minta esetén értesíteni kell a laboratóriumot e-mailben (csepel.admin@synlab.com). A sürgős mintát és a hozzá tartozó kérelapot KÜLÖN kell csomagolni és jelölni kell a csomagon a sürgősséget!

SÜRGŐSSÉG esetén tegyen ide "X"-et	Orvos aláírása	Orvosi körpecsét
		Orvosi körpecsét