



VESEBIOPSZIÁS VIZSGÁLTKÉRŐ LAP TRANSZPLANTÁLT VESÉBŐL

BETEG NEVE:					SZÜLETÉSI DÁTUM:					
TAJ:				LAKCÍM:						
AMBULÁNS <input type="checkbox"/>			NAPLÓSZÁM:			FEKVŐ <input type="checkbox"/>		TÖRZSSZÁM:		
BEKÜLDŐ INTÉZET:					BEKÜLDŐ ORVOS:					
OSZTÁLY FINANSZÍROZÁSI KÓDJA:				PECSÉTSZÁM:						
Elérhetőség sürgősség esetén. TEL:					FAX:					
Patológiai konzílium esetén (ha a beteg fekvő) a fekvő osztály kódja is:										

Transzplantáció időpontja:	év	hó	nap	sorszama
----------------------------	----	----	-----	----------

Transzplantációt megelőző vesebetegség:

Ismert/kezelt betegségek:

Hipertonia:	Cukorbetegség:
Proteinuria:	Se kreatinin:

Gyógyszerei:

Korábbi biopsziás vizsgálatok:	Iránydiagnózis BNO kódja:
--------------------------------	---------------------------

Mintavétel ideje:	év	hó	nap	óra	perc
-------------------	----	----	-----	-----	------

Elektronmikroszkópiai vizsgálatot kér: igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	A vizsgálat sürgőssége: 3 órán belül <input type="checkbox"/> 24 órán belül <input type="checkbox"/> rutinnak megfelelően <input type="checkbox"/>
--	---

A klinikus kérdései:

Sürgős vizsgálat esetén értesítendő (név/telefonszám):
--

Dátum

Aláírás

Anyagátvétel: Hétfő - Csütörtök 08:00 - 12:00, Péntek 08:00 - 12:00

TEENDŐK NATÍV MINTA ESETÉN!

* A mintát/mintákat minden esetben fiziológiás sóoldatban, a mintavételt követően azonnal a patológiai osztályra kell küldeni!