

TM Blankett

Hänvisning till [Specialkrav på blodkomponent till patient](#)

SPECIALKRAV PÅ BLODKOMPONENT TILL PATIENT

Personnummer	
Namn	
Avdelning	

Information som skall läggas in i blodcentralens dator:

Bestrålade/patogeninaktiverade blodkomponenter: Ja Nej T.o.m. _____**Om inget slutdatum anges gäller kraven tills vidare.****För spädbarn:** Om inget slutdatum anges gäller kraven tills barnet blir 4 månader.

INDIKATION: _____

Datum: _____

Namnteckning Läkare/sjuksköterska
_____Namnförtydligande
_____**Blodcentralens anteckningar**

Datum: _____

 Krav registrerat P537Namnteckning
_____ Krav borttagetNamnteckning
_____Denna blankett fylls i av avdelningen. Skickas sedan till blodcentralen.
Originalen förvaras i pärm på blodcentralen, Falun.**Pappersutskrift**

Dokument som skrivits ut på vitt papper är inte dokumentstyrd kopia och ska före användandet kontrolleras mot original i Centuri.