

Beställare / svarsmottagare (betalningsansvarig): Använd streckkod eller fyll i uppgifter Avd/Mott: Kostnadsställe: Sjukhus/VC:	Patientdata Använd streckkod! Personnummer: Namn:
Svarsomtagare (om annan än beställare)	Provtagningsinstans (om annan än beställare) Avd/mott: Tel.nr:

Beställning av analys
 AKUT Beställning, svar till klockan : _____

Endast ett kryss per remiss: <input type="checkbox"/> Blodgruppering (ABO-, RhD-gruppering och antikroppsscreening) <input type="checkbox"/> BAS-test <input type="checkbox"/> MG-test	Dessa analyser kan beställas enskilt eller tillsammans med analysen blodgruppering: <input type="checkbox"/> Direkt antiglobulintest <input type="checkbox"/> Fenotypning (fader inom mödravården)																
Beställning av komponenter <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antal</th> <th>Datum</th> <th>Tid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erythrocyter</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plasma</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trombocyter</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Antal	Datum	Tid	<input type="checkbox"/> Erythrocyter	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Plasma	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Trombocyter	_____	_____	_____	Har patienten fått blod? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Transfusionsreaktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal transfusioner <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> >10 Senaste transfusion: _____ För kvinnor anges: -Antal graviditeter: _____ -Beräknad förlossning (om gravid): _____ -Rh-profylax senaste 4 mån? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, när gavs profylax?: _____
	Antal	Datum	Tid														
<input type="checkbox"/> Erythrocyter	_____	_____	_____														
<input type="checkbox"/> Plasma	_____	_____	_____														
<input type="checkbox"/> Trombocyter	_____	_____	_____														
Diagnos:																	

Vid provtagning har iakttagits gällande
föreskrifter SOSFS 2009:29

Datum: _____

 Provtagarens namnunderskrift:

 Namnförtydligande (För- och efternamn):

ANVISNINGAR FÖR PROVTAGNING

Rör och remiss skall före provtagningen märkas med patientens personnummer (10 siffror) för- och efternamn, avdelning samt provtagningsdatum.

Omedelbart före provtagningen skall patienten uppgive namn och personnummer, vilka skall vara identiska med uppgifterna på rör och remiss. Se till att alla siffror och bokstäver är med på etiketterna.

Är uppgifterna inte identiska eller att remissen inte är underskriven kommer provet och remissen att kasseras.

Se även Provtagningsanvisningarna för LmD Dalarna

Blodcentralens anteckningar
AKUTGRUPPERING

	Anti-A	Anti-B	Anti-AB	Anti-D	Anti-D	Ctrl
ABO/D						
Confirmation for donors						

PRELIMINÄRSVAR

 RhD
 Datum/signatur