

Beställare, svarsmottagare			Patientidentitet
Provtagningsdatum	Klockslag	<input type="checkbox"/> AKUT	ID-kontroll utförd enl gällande föreskrifter intygas
			Namnteckning
Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Blodgruppering <input type="checkbox"/> Immuniseringsundersökning <input type="checkbox"/> DAT (direkt antiglobulintest) <input type="checkbox"/> Annan.....	Samtycke <input type="checkbox"/> Fetal RhD-typning Antal rör..... <input type="checkbox"/> Nej, Patienten samtycker ej <i>Nej-talong bifogas.</i> <input type="checkbox"/> Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckesbeslut.	Information om patienten Tidigare transfusion? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA När..... Haft transfusionskomplikation? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA När..... Stamcellstransplanterad? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA När..... Känd immunisering? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Antikropp..... Är gravid? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Gravidvecka..... Tidigare gravid? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Antal graviditeter Fått Rh-profylax? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA När.....	
Planerat transfusionsdatum	Diagnos, anamnes:		

PROVTAGNINGSANVISNING

Provtagning skall utföras enligt
SOSFS 2009:29 (M) Transfusion av blodkomponenter.

Se även lokala anvisningar för blodcentralen.

Vid provtagning ska patienten själv uppge namn och födelsedata. Om detta ej är möjligt kan identitetsuppgifter erhållas från vårdnadshavare eller patientens identitetsband. Provtagaren skall på remissen med sin namnunderskrift intyga att identitetskontroll gjorts enligt gällande föreskrifter.

Innan provtagningen påbörjas skall både rör och remiss vara märkta med patientens fullständiga personnummer, efternamn, förnamn eller initialer. På nyfödda barn med fastställd identitet anges fullständigt personnummer och efternamn.

Prov för Blodgruppering ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter tas vid *annat provtagningstillfälle* än prov för förenlighetsprövning (BAS-test). Avsteg från denna regel får endast göras vid akut transfusionsbehov och då på den behandlande läkarens ansvar.

Venös provtagning, Vuxna & Barn över 1 år

Ett 7 mL (alt. 5 mL för barn) EDTA-rör räcker till alla blodgruppsserologiska analyser. Provtagning skall helst ske utan stas och muskelkontraktion, samt pågå tills vakuum upphör. Röret blandas direkt genom att lugnt vändas ca 8-10 gånger.

Vid kapillär provtagning

(Venösa prover är alltid att föredra oavsett patientens ålder)
Barn under 6 mån: 1x 500 mL i microtainerrör (EDTA)
Barn över 6 mån: 2x 500 mL i microtainerrör (EDTA)

Nyfödda

Navelsträngsblod i EDTA-rör

FETALT RHD

Analysen kräver ett eget 7 mL EDTA-rör (totalt 2 rör inkl blodgrupperingsröret).

Kan inte tas kapillärt. Provet sänds ocentrifugerat till laboratoriet samma dag som provet tas.
Graviditetsvecka anges på remissen.

OBS! Provtagning före graviditetsvecka 10 avrådes pga risk för falskt negativt resultat

Prov för fetal RhD-typning omfattas av Biobank – Samtycke krävs!

Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt. vårdnadshavare) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas.

PROVHANTERING

Prov sändes ocentrifugerat till laboratoriet på provtagningsdagen eller senast inom 5 dygn.
Innan transport, förvaras prov ocentrifugerat i kylskåpstemp.

Plats för LIDnr-etikett

Protokoll för bokföring av resultat efter manuellt utförda blodgruppsserologiska analyser

Erythrocytgruppering (Gelkort)

Anti-A	Anti-B	Anti-AB	DVI+	Ctl	DAT	Sign

Fenotypning (Rh+K)

Anti-C	Anti-c	Anti-E	Anti-e	Anti-K	Ctl	Sign

Blodgruppering (gelkort)

Anti-A	Anti-B	Anti-D	Kontroll	A ₁ -blkr	B-blkr	Sign

Extra fenotypningar

Anti-.....	Anti-.....	Anti-.....	Anti-.....	Anti-.....	Anti-.....	Sign

Erythrocytgruppering (rör)

1a Anti-A	1a Anti-B	2a Anti-A	2a Anti-B	1a Anti-D	AB- serum	2a Anti-D	Rh- kontroll	Tolkning	Sign

Svagt D

	Anti-D	Sign
1a		
2a		

Blodgruppering (Rör/platta)

	Anti-A	Anti-B	Anti-D	A ₁ -blkr	B-blkr	Sign	AB-serum
1a				X	X		
2a							

Tolkad blodgrupp

ABO	RhD
Datum _____ Sign _____	
<input type="checkbox"/> Fn inga hållpunkter för immunisering	
Datum _____ Sign _____	

DAT

	Gel-AHG	Kontr	Sign	Anti-IgG	Anti-C3d	Kontr	Sign
1a							
2a							

Antikroppsundersökning

T-panelen

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T19	T20	Egna	I	II	III	Sign
Gel-IAT																		
PEG-IAT																		

Screen

BAS-testceller

Omsättning:

T-panelen

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T19	T20	Egna	Sign
Gel-IAT																		
PEG-IAT																		

Screen

BAS-testceller (Ange)

Blodcentralens anteckningar

Patientkod (ÅÅ-NNNN)	
Datum/Sign.....	