

Beställare, svarsmottagare			Patient-ID
Provtagningsdatum	Klockslag	☐ Patient med AKUT transfusionsbehov / operation	ID-KONTROLL utförd enl gällande föreskrifter intygas Underskrift, namnteckning (för- och efternamn)
Information om patienten Fått transfusion de senaste 6 månaderna? ☐ NEJ ☐ JA När? _____ Haft transfusionskomplikation ☐ NEJ ☐ JA När? _____ Stamcellstrplanterad? ☐ NEJ ☐ JA När? _____ Känd antikropp? ☐ NEJ ☐ JA Vilken? _____ Är gravid? ☐ NEJ ☐ JA Graviditetsvecka: _____ Fått Rh-profylax de senaste 6 månaderna? ☐ NEJ ☐ JA Datum: _____ Behandling med Darzalex eller dylikt preparat ☐ NEJ ☐ JA Om JA, kontakta blodcentralen!			
Ev. Op-/transfusions-datum		Diagnos/anamnes/särskilda upplysningar	
Önskad undersökning, analys: ☐ Blodgruppering ☐ Immuniseringsundersökning ☐ Fetal RhD-typning (samtycke krävs) ☐ DAT (Direkt antiglobulintest) ☐ Utredning ☐ Annan: _____		Samtycke vid fetal RhD-typning ☐ Nej , Patienten samtycker ej NEJ-talong bifogas ☐ Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckesbeslut	
PROVTAGNINGSANVISNING Provtagning ska utföras enligt SOSFS 2009:29 - Transfusion av blodkomponenter. För utförlig information om provtagning och hantering se Region Kalmar läns provtagningsanvisningar!			
Provtagning		Alla prover tas i EDTA-rör med lila kork!	
Blodgruppering Inkl. Immuniseringsundersökning, DAT		7 mL-rör Ett rör räcker	
Utredning <i>Kan ej utföras på kapillära prover!</i>		7 mL-rör Ta om möjligt 3 rör,	
Fetal RhD-typning		7 mL-rör Ta ett extra rör	
Nyfödda		Navelsträngsblod: 1 st 5 mL-rör Kapillärt: 1st 500 µL i microtainerrör	
Kapillär provtagning <i>Vuxna – endast i undantagsfall!</i>		2 st 500 µL microtainerrör	
Plats för LIDnr-etikett			