



Så här fyller du i REMISS BLODGRUPPERING





REMISS BLODGRUPPERING
Klinisk kemi och transfusionsmedicin

4		1	
Beställare, svarsmottagare		Patient-ID	
Provtagningsdatum	Klockslag	<input type="checkbox"/> Patient med AKUT transfusionsbehov / operation	3
<small>ID-KONTROLL utförd enligt gällande föreskrifter intygas Underskrift, namnteckning (för- och efternamn)</small>			
Information om patienten		NEJ	JA
Fått transfusion de senaste 6 månaderna?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> När? _____
Haft transfusionskomplikation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> När? _____
Stamcellstransplanterad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> När? _____
Känd antikropp?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vilken? _____
Är gravid?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Graviditetsvecka: _____
Fått Rh-profylax de senaste 6 månaderna?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Datum: _____
Behandling med Darzalex eller dylikt preparat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Om JA, kontakta blodcentralen!
Ev. Op-/transfusions-datum		Diagnos/anamnes/särskilda upplysningar	
Önskad analys, undersökning: <input type="checkbox"/> Blodgruppering <input type="checkbox"/> Immuniseringsundersökning <input type="checkbox"/> Fetal RhD-typning <input type="checkbox"/> DAT (Direkt antiglobulintest) <input type="checkbox"/> Utredning <input type="checkbox"/> Annan: _____		5	
PROVTAGNINGSANVISNING			
Provtagning ska utföras enligt SOSFS 2009:29 - Transfusion av blodkomponenter. För utförlig information om provtagning och hantering se Region Kalmar läns provtagningsanvisningar!			
Provtagning		<i>Alla prover tas i EDTA-rör med lila kork!</i>	
Blodgruppering Inkl. Immuniseringsundersökning, DAT		7 mL-rör Ett rör räcker	
Utredning		7 mL-rör	
<i>Kan ej utföras på kapillära prover!</i>		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		2 st 500 µL microtainerrör	
<i>Vuxna – endast i undantagsfall!</i>			
Plats för LIDnr-etikett			

1

Patientens fullständiga identitetsuppgifter.
Personnummer samt för och efternamn.

2

EDTA-rör som ska märkas med patientens fullständiga identitetsuppgifter. Personnummer samt för- och efternamn.

3

Plats för underskrift. Underskriften verifierar att att ID-kontrollern är utförd enligt gällande föreskrifter.

4

Beställare mottagning, avdelning.

5

Önskad analys.

6

Information om patienten som har betydelse för våra analyser.

7

Provtagningsanvisning.
se Region Kalmar läns provtagningsanvisningar.