

Beställare, svarsmottagare			Patient-ID
Provtagningsdatum	Klockslag	<input type="checkbox"/>	ID-KONTROLL utförd enl gällande föreskrifter intygas Underskrift, namnteckning (för- och efternamn)
		Patient med AKUT transfusionsbehov / operation	
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:			
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 <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	