



Beställare, svarsmottagare			Patient-ID	
Patientens blodgrupp	Provtagningsdatum	Klockslag	<input type="checkbox"/>	<i>ID-KONTROLL utförd enl gällande föreskrifter intygas</i> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <i>Underskrift, namnteckning (för- och efternamn)</i>
			Patient med AKUT transfusionsbehov / operation	
<b>Blodbeställning</b>		<b>Information om patienten</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Erythrocyter</b> <i>Antal:</i>	Fått transfusion de senaste 6 månaderna?		<b>NEJ</b>	<b>JA</b>
<input type="checkbox"/> <b>Trombocyter</b> <i>Antal:</i>	Haft transfusionskomplikation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> När? _____
<input type="checkbox"/> <b>Plasma</b> <i>Antal:</i>	Stamcellstransplanterad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> När? _____
<input type="checkbox"/> <b>Bestrålad blodenheter</b>	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-tid		Diagnos/anamnes/särskilda upplysningar		
<input type="checkbox"/> <i>Provet är taget i reserv</i>		Plats för LIDnr-etikett		

