

Blankett

Hänvisning till [Specialkrav på blodkomponent till patient](#)**SPECIALKRAV PÅ BLODKOMPONENT TILL PATIENT**

Personnummer	
Namn	
Avdelning	

Information som skall läggas in i blodcentralens dator:Bestrålade/patogeninaktiverade blodkomponenter: Ja ☐ Nej ☐ T.o.m. _____**Om inget slutdatum anges gäller kraven tills vidare.****För spädbarn:** Om inget slutdatum anges gäller kraven tills barnet blir 4 månader.

INDIKATION: _____

Datum: _____

Namnteckning Läkare/sjuksköterska

Namnförtydligande

Blodcentralens anteckningar

Datum: _____

☐ Krav registrerat☐ P537

Namnteckning _____

☐ Krav borttaget

Namnteckning _____

Denna blankett fylls i av avdelningen. Skickas sedan till blodcentralen.
Originalen förvaras i pärm på blodcentralen, Falun.

Pappersutskrift

Dokument som skrivits ut på vitt papper är inte dokumentstyrd kopia och ska före användandet kontrolleras mot original i Centuri.