

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

Personnummer	
Namn	
Avdelning	

Information som skall läggas in i blodcentralens datorBestrålade/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 _____

Denna blankett fylls i av avdelningen. Skickas till blodcentralen.
Originalen förvaras i pärm på blodcentralen Falun.**Pappersutskrift**KK/TM: Blankett skrivs ut på vitt papper för att användas som redovisande dokument.Övriga dokument som skrivits ut på vitt papper är ej dokumentstyrd kopia och ska före användandet kontrolleras mot original i Centuri.
Utskrift på färgat papper signerad av kvalitetsombud är dokumentstyrd kopia.Vårdenhet: Vitt papper är dokumentstyrd kopia.