

Beställare / svarsmottagare (betalningsansvarig): Använd streckkod eller fyll i uppgifter	Patientdata. Använd streckkod!
Avd/Mott:	Personnummer:
Kostnadsställe:	Namn:
Sjukhus/VC:	
Svarsomtagare (om annan än beställare)	Provtagningsinstans (om annan än beställare)
	Avd/mott: Tel.nr:
Transfusionsmedicin Dalarna Blodcentralen, Avesta lasarett, 774 82 AVESTA Blodcentralen, Falu lasarett, 791 82 FALUN Blodcentralen, Ludvika lasarett, 771 81 LUDVIKA Blodcentralen, Mora lasarett, 792 85 MORA	Reserverad för blodcentralen (grupperingsnummer)

Beställning av undersökningar

Blodgruppering (ABO-, RhD-gruppering och antikroppsscreening) BAS-test MG-test AKUT beställning Svar till klockan Direkt antiglobulintest Fenotypning (fader mödravård)	Har patienten fått blod? Ja Nej Transfusionsreaktion? Ja Nej Antal transfusioner 1-10 >10 Senaste transfusion För kvinnor anges: -Antal graviditeter -Beräknad förlossning (om gravid) -Rh-profylax senaste 4 mån? Ja Nej När?.....																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Komponenter</th> <th>Antal</th> <th>Datum</th> <th>Tid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erythrocyter</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Plasma</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Trombocyter</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Komponenter	Antal	Datum	Tid	Erythrocyter	Plasma	Trombocyter	Diagnos:
Komponenter	Antal	Datum	Tid														
Erythrocyter														
Plasma														
Trombocyter														

Vid provtagning har iakttagits gällande föreskrifter SOSFS 2009:29

Datum.....

Provtagarens namnunderskrift

Namnförtydligande (För- och efternamn)

ANVISNINGAR FÖR PROVTAGNING

Rör och remiss skall före provtagningen märkas med patientens personnummer (10 siffror) för- och efternamn, avdelning samt provtagningsdatum.

Omedelbart före provtagningen skall patienten uppge namn och personnummer, vilka skall överensstämma med uppgifterna på rör och remiss.

 Se även <http://www.ltdalarnaplus.se/provt-anvis-lab>
Blodcentralens anteckningar
AKUTGRUPPERING

	Anti-A	Anti-B	Anti-AB	Anti-D	Anti-D	Ctrl
ABO/D						
Confirmation for donors					Labnummer	

PRELIMINÄRSVAR
RhD

Datum / Signatur