

UPPGIFTER OM BESTÄLLAREN

Beställarens namn, kundnummer, adress och telefonnummer (stämpel)	
Namn på den sjukskötare som gjort beställningen	Avvikande leveransadress och telefonnummer

UPPGIFTER OM PATIENTEN

Patientens namn och personbeteckning	
Styrkande av patientens identitet vid provtagning	
<input type="checkbox"/> uppgav själv	<input type="checkbox"/> identitetsbevis eller motsvarande handling
<input type="checkbox"/> armband	<input type="checkbox"/> ledsagare (identifierad av t.ex. föräldern)
<input type="checkbox"/> annan, vilken? _____	

PROVUPPGIFTER

Provtagningsställe	Provtagarens namn
<input type="checkbox"/> TAYS <input type="checkbox"/> KHKS <input type="checkbox"/> KSKS <input type="checkbox"/> PHHKY <input type="checkbox"/> ÖVPH <input type="checkbox"/> annat, vilket? _____	Avsändarens provnummer

UNDERSÖKNINGAR SOM BESTÄLLS

<input type="checkbox"/> 2951 E-ABORh	Ange på etiketten för röret patientens namn, personbeteckning, faktiskt datum och klockslag för provtagning samt provtagarens initialer eller ID.
<input type="checkbox"/> 2953 B-VRAB-O	
<input type="checkbox"/> Prov för förenlighetstest (Gör också en blodreservation.)	Blodgruppsprov och prov för förenlighetstest ska tas på olika gånger och av olika provtagare. För båda krävs en särskild remiss.
<input type="checkbox"/> 3015 E-Coomb-O	De övriga analyserna kan göras på samma prov.

BLODBESTÄLLNING

Läkare som har föreskrivit blodtransfusionen _____	telefon _____
Blodtransfusionsanamnes	
Tidigare levertransplantation	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____
Tidigare allogen stamcellstransplantation (benmärgstransplantation)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____
Talassemi eller sicklecellanemi	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____
Anti-D-skydd	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____
Blodtransfusionsreaktioner?	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vad? _____
Tidigare blodgruppsantikroppar?	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vad? _____
Annat att beakta vid blodtransfusion:	
Tidpunkt för blodtransfusionen _____ / _____ 20 ____ kl.	Blodtransfusionens skyndsamhet <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> brådskande <input type="checkbox"/> akut
Beställda blodprodukter (mängd)	
_____ erythrocyter, leukocytbefriade	_____ OctaplasLG
_____ erythrocyter, leukocytbefriade, bestrålade	_____
_____ trombocyter, leukocytbefriade, bestrålade	_____
Leveranssätt	
<input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> buss <input type="checkbox"/> ruttransport <input type="checkbox"/> överenskomms separat <input type="checkbox"/> annat, vilket? _____	
Tidpunkt _____ / _____ 20 ____ kl.	
Fyll noggrant i alla punkter både när du lämnar en förfrågan och i samband med provtagningen.	