

**REMISS BLODGRUPPERING**

Version 2021-10-27

Beställare / svarsmottagare (betalningsansvarig): <b>Använd streckkod eller fyll i uppgifter</b> Avd/Mott: Kostnadsställe: Sjukhus/VC:	Patientdata <b>Använd streckkod!</b> Personnummer: Namn:
Svarsmottagare (om annan än beställare)	Provtagningsinstans (om annan än beställare) Avd/mott: _____ Tel.nr: _____

**Beställning av analys**
 **AKUT Beställning**, svar till klockan : \_\_\_\_\_

<b>Endast ett kryss per remiss:</b> <input type="checkbox"/> <b>Blodgruppering</b> (ABO-, RhD-gruppering och antikroppsscreening) <input type="checkbox"/> <b>BAS-test</b> <input type="checkbox"/> <b>MG-test</b>	Dessa analyser kan beställas samtidigt som analyserna till vänster <input type="checkbox"/> <b>Direkt antiglobulintest</b> <input type="checkbox"/> <b>Fenotypning</b> (fader inom mödravården)																
<b>Beställning av komponenter</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antal</th> <th>Datum</th> <th>Tid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Erythrocyter</b></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Plasma</b></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Trombocyter</b></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Antal	Datum	Tid	<input type="checkbox"/> <b>Erythrocyter</b>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <b>Plasma</b>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <b>Trombocyter</b>	_____	_____	_____	Har patienten fått blod? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Transfusionsreaktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal transfusioner <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> >10 Senaste transfusion: _____ <b>För kvinnor anges:</b> -Antal graviditeter: _____ -Beräknad förlossning (om gravid): _____ -Rh-profylax senaste 4 mån? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, när gavs profylax?: _____
	Antal	Datum	Tid														
<input type="checkbox"/> <b>Erythrocyter</b>	_____	_____	_____														
<input type="checkbox"/> <b>Plasma</b>	_____	_____	_____														
<input type="checkbox"/> <b>Trombocyter</b>	_____	_____	_____														
<b>Diagnos:</b> _____																	

**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 uppgive namn och personnummer, vilka skall vara identiska med uppgifterna på rör och remiss. Se till att alla siffror och bokstäver är med på etiketterna.

Är uppgifterna inte identiska eller att remissen inte är underskriven kommer provet och remissen att kasseras.

Se även Provtagningsanvisningarna för LmD Dalarna

**Blodcentralens anteckningar**
**AKUTGRUPPERING**

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

**PRELIMINÄRSVAR**

 RhD  
 Datum/signatur