

### UPPGIFTER OM BESTÄLLAREN

8.1.2026

Beställarens namn, kundnummer, adress och telefonnummer	
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"/> annat, vilket? _____	

### PROVUPPGIFTER

Provtagningsställe	Provtagarens namn	Avsändarens provnummer
<input type="checkbox"/> Pirha <input type="checkbox"/> KHHVA <input type="checkbox"/> KSHVA <input type="checkbox"/> PÄIJÄT-SOTE <input type="checkbox"/> ÖVPH Privat, vilket? _____		

### UNDERSÖKNINGAR SOM BESTÄLLS

<input type="checkbox"/> 2951 E-ABORh	Ange patientens namn, personbeteckning, faktiskt datum och klockslag för provtagning samt provtagarens initialer eller ID på provrörets etikett.
<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 från samma prov.

### BLODBESTÄLLNING

Läkare som har föreskrivit blodtransfusionen	_____	telefon	_____
<b>Blodtransfusionsanamnes</b>			
Tunntarmstransplantation	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____		
Tidigare levertransplantation	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____		Orsak till blodbeställning
Tidigare allogen stamcellstransplantation (benmärgstransplantation)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____		
Talassemi	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____		<input type="checkbox"/> anemi
Sicklecellanemi	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____		<input type="checkbox"/> operation
Anti-D-skydd	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, när? _____		<input type="checkbox"/> varaktigt reservering
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
<b>Beställda blodprodukter (mängd)</b>			
_____ erythrocyter, leukocytbefriade	_____	_____ OctoplasLG	
_____ erythrocyter, leukocytbefriade, bestrålade	_____	_____	
_____ trombocyter, leukocytbefriade, bestrålade	_____	_____	
Leveranssätt			
<input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> buss <input type="checkbox"/> ruttransport <input type="checkbox"/> separat överenskommelse <input type="checkbox"/> rörpost		annat, vilket? _____	
Tidpunkt	_____ / _____ 20 _____ kl.		

Fyll noggrant i alla punkter både när du lämnar en förfrågan och i samband med provtagningen.