

## REMISS TRANSFUSIONSMEDICIN

AKUT 

Svar till: (avd, klinik, adress, kostnadsställe)		Fullständiga identitetsuppgifter: (personnummer, efternamn och förnamn)		Labnr								
Operation/transfusion datum:	Provtagningsdatum:	Utförd ID-kontroll enl Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:29 ..... (provtagarens namnteckning)										
Diagnos, övriga upplysningar: ..... Har patienten fått blodtransfusion? <input type="checkbox"/> Ja När?..... <input type="checkbox"/> Nej Varit gravid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om pågående graviditet beräknad förlossning?..... Har patienten fått Rh-profylax de senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/> Ja När?..... <input type="checkbox"/> Nej Har patienten kända antikroppar mot blodgruppsantigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Blodgruppering <input type="checkbox"/> Förenlighetsprovning, BAS-test, MG-test <input type="checkbox"/> Erythrocytantikropsutredning Övrigt .....									
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Blodbeställning</th> <th>Antal enheter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erythrocyter</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plasma</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trombocyter</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Blodbeställning	Antal enheter	<input type="checkbox"/> Erythrocyter	.....	<input type="checkbox"/> Plasma	.....	<input type="checkbox"/> Trombocyter	.....
Blodbeställning	Antal enheter											
<input type="checkbox"/> Erythrocyter	.....											
<input type="checkbox"/> Plasma	.....											
<input type="checkbox"/> Trombocyter	.....											

**Provmärkning och identitetskontroll:**

Innan provtagning påbörjas skall provtagningsrör märkas med patientens identitetsuppgifter, önskad undersökning samt provtagningsdatum. Lossnar etikett från rör efter att prov tagits skall provet kasseras.

Vid provtagning skall identitetskontroll utföras. Uppgifter på rör och remiss kontrolleras mot patientens identitetshandling, alternativt att patienten själv anger sitt namn och personnummer.

För nyfödda barn anges på remiss och rör: personnummer, efternamn och kön.

Provtagaren ska med sin namnunderskrift intyga att identitetskontroll har utförts i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:29. **Prov vars tillhörande remiss saknar provtagarens namnunderskrift kommer ej att analyseras.**

Prov för blodgruppering och prov för förenlighetsprovning (BAS-test, MG-test) skall tas vid två separata tillfällen men får i akuta fall tas vid samma tillfälle.

**Provmängd****Blodgruppering:**

1 st 6 mL EDTA-rör

Småbarn: 1 st 3 mL EDTA-rör

I undantagsfall, t.ex spädbarn, räcker det med ett fullt microtainerör, 0,5 mL

**BAS-test**

1 st 6 mL EDTA-rör

Småbarn: 1 st 3 mL EDTA-rör

I undantagsfall, t.ex spädbarn, räcker det med ett fullt microtainerör, 0,5 mL.

**Provtagningsanvisningar:** [www.sahlgrenska.se/analyslistan](http://www.sahlgrenska.se/analyslistan)

**Kontaktuppgifter:** Transfusionsmedicin Sahlgrenska 031-3421748, 3421749

Transfusionsmedicin Östra sjukhuset 031-3434983.

Laboratoriets anteckningar												Svarskoder			
BAS test	anti-A	anti-B	Blodgrupp			Sign	11	12	13	14	Sign				
Akut blodgrupp	anti-A	anti-B	anti-A,B	anti-D VI+	anti-D VI-	Ctl	anti-A	anti-B	anti-D	Blgr	Sign	DIAT	DIAT	Ctl	
Blodgrupp	anti-A	anti-B	anti-A,B	anti-D	anti-D	Ctl	A1-blkr	B+blkr	Blgr	Sign	IAT 1	IAT 2	IAT 3	DAT	

