

# Remiss Blodgruppering, DAT m m

Transfusionsmedicin Halland



Etikett beställande avdelning		Personnummer och namn	
<b>Önskad undersökning</b> (markera med x)			<b>AKUT</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ABO/RhD grupp	<input type="checkbox"/> Antikroppsscreen	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> Antikroppsidentifiering
<input type="checkbox"/> Fenotyp	<input type="checkbox"/> Utökad fenotyp		
Vid spädbarnsgruppering < 6 mån: Ange moderns identitet:			
Gravid? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	BP Datum:	Rh-profylax: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Datum:
OP <input type="checkbox"/>	Datum:	Sjukhus:	
Tidigare blodtransfusion?			
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Datum:	Sjukhus:	
Diagnos /Särskilda upplysningar			
Provtagningsdatum	Provtagningstid	Provtagarens telefonnummer och avdelning om annan än beställande avdelning	
Provtagarens namnunderskrift		ID-kontroll utförd enligt gällande föreskrifter.	Märk rör med önskad analys.
Namnförtydligande			
<b>Provtagning av transfusionsmedicinsk undersökning (SOSFS 2009:29)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Blodprov för transfusionsmedicinsk undersökning ska tas av hälso-och sjukvårdspersonal som har utbildning för och är bedömd som kompetent för uppgiften.</li> <li>Vid provtagningen ska patientens fullständiga identitet styrkas. I de fall den är osäker ska fastställda system för tillfällig identifiering användas.</li> <li>Provtagningsrören och remissen ska <b>märkas före provtagningen</b>. Märkningen ska överensstämma med patientens identitetsuppgifter.</li> <li>I samband med provtagningen ska den som tagit blodprovet dokumentera och med sin <b>namnunderskrift</b> och ett <b>namnförtydligande</b> intyga att:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Identitetskontrollen av patienten är utförd</li> <li>märkningen av rör och remiss är fullständig och stämmer överens med patientens identitetsuppgifter</li> </ul> </li> <li>Prover för blodgruppering och förenlighetsprövning ska tas vid <b>två separata tillfällen</b>. Avsteg från denna regel får endast göras vid akut transfusionsbehov och då på den behandlande läkarens ansvar.</li> </ol>			
Avdelning för Transfusionsmedicin Hallands Sjukhus Halmstad 301 85 Halmstad Tfn 035-13 18 18		Avdelning för Transfusionsmedicin Hallands Sjukhus Varberg 432 81 Varberg Tfn 0340-48 14 24	

## Transfusionsmedicins anteckningar

											Prov-ID			
<b>Blodgruppering rör</b>														
Anti-A susp	Anti-B susp	A1-blkr	B-blkr	O-blkr	Anti-D susp	Rh-kontroll	Tolkad ABO	Rh-D	Sign	Anti-A	Anti-B	Anti-D	Sign	
ABO/D+Reverse group (5074)						Sign	37° A1-blkr	37° B-blkr	37° O-blkr	4° A1-blkr	4° B-blkr	4° O-blkr	Sign	
A	B	DVI	DVI	A1	B									
Monospecifik IgG C3d		DAT (5053)	Sign	DIAT I (5054)	DIAT II (5054)	Sign	Coombs Anti-IgG(5054) S1 S2 S3			Sign				
ABO/D+DAT (5049)						ABD- conf. for donors (5105)			Tolkad			Sign		
A	B	DVI	DVI	Ctl	DAT	A	B	D	ABO	RhD				