Enhet for medisinsk biokjemi og blodbank, Klinikk Kirkenes Tlf.: 78967260

Enhet for medisinsk biokjemi og blodbank, Klinikk Hammerfest Tlf.: 78967490

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:** |  |
| **Fødselsnummer:**(11 siffer.) |  |
| **Rekvirerende lege:** |  |
| **Diagnose/indikasjon for transfusjon:** |  |
| **Hemoglobin:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pretransfusjonsundersøkelse****Prøvetakingsdato:** |  |
| **Sign prøvetaker****Signer også prøveglass for korrekt identifisering av pasient** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| **Har pasienten tidligere fått påvist irregulære blodtypeantistoff?** |  |  |
| **Tidligere transfusjon?** |  |  |
| **Tidligere komplikasjoner?** |  |  |

Ved transfusjon av erytrocyttkonsentrat, blodplatekonsentrat og plasma skal pasienten være ABO/Rh D typet minimum to ganger i prøve tatt på forskjellig tidspunkt.

Ved transfusjon av erytrocyttkonsentrat må det foreligge en antistoffscreening i prøve tatt for < 4 dager siden.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Antall enheter** |
| **Erytrocyttkonsentrat (SAG)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bestiller/mottakers adresse** |  |
| **Kontaktperson** |  |
| **Kontakt telefon**  |  |
| **Ønsket leveringsdato** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato:** | **Sign rekvirerende lege:** |