

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin - Blodgruppsimmunologi

HELSINGBORG	Charlotte Yhlens gata 10	252 23 Helsingborg
HÄSSLEHOLM	Esplanadgatan 19	281 38 Hässleholm
KRISTIANSTAD	J A Hedlunds väg 5	291 33 Kristianstad
LANDSKRONA	Vattenverksallén 15	261 24 Landskrona (endast viss blodutlämning, prov skickas till LUND för analys)
LUND	Akutgatan 8	222 42 Lund
MALMÖ	Jan Waldenströms gata 77	205 02 Malmö
SIMRISHAMN		Prov skickas till YSTAD för analys
TRELLEBORG	Östervångsvägen 2 C	231 85 Trelleborg
YSTAD	Kristianstadvägen 3	271 82 Ystad
ÄNGELHOLM	Södra vägen 4	262 52 Ängelholm

Provtagning för transfusionsmedicinska laboratorieundersökningar (SOSFS 2009:29)

- 1 Blodprov för transfusionsmedicinska laboratorieundersökningar ska tas av hälso- och sjukvårdspersonal som har utbildning för och är bedömd som kompetent för uppgiften.
- 2 Vid provtagning ska patientens fullständiga identitet styrkas. I de fall den är ofullständig, osäker eller saknas ska fastställda system för tillfällig identifiering användas.
- 3 Provtagningsrör och remiss ska märkas före provtagningen. Märkningen ska överensstämma med patientens identitetsuppgifter.
- 4 I samband med provtagningen ska den som tagit blodprovet dokumentera och med sin underskrift intyga att:
 - identitetskontroll av patienten är utförd.
 - märkning av rör och remiss är fullständig och stämmer överens med patientens identitetsuppgifter.
 Namnunderskriften ska vara läsbar om inte namnförtydligande finns. Glömd underskrift får aldrig kompletteras i efterhand.
- 5 Prov för blodgruppering och förenlighetsprövning ska tas vid två separata tillfällen, men får i akuta fall tas vid samma tillfälle.

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/laboratoriemedicin/>

Utgiven mars 2023 version 7



BAS-test/MG-test och blodkomponentbeställning

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
Blodgruppsimmunologi

Svar till: Kund-kod <input type="text"/>	Personnummer (12 tecken) <input type="text"/> - <input type="text"/>								
Telefon nr: Kund-kod <input type="text"/>	Namn (efternamn, förnamn) <input type="text"/>								
Debiteras: Kund-kod <input type="text"/>									
BAS-testsvar önskas klart Datum <input type="text"/> kl. <input type="text"/>	Laboratoriets anteckningar								
Blodkomponenter enligt nedan önskas Till avdelning: <input type="text"/>	BAS/BKS-test <i>Utförd på Prov-ID (etikett)</i> ABO-kontroll <table border="1"> <thead> <tr> <th>Anti-A</th> <th>Anti-B</th> <th>Tolkning</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Anti-A	Anti-B	Tolkning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Anti-A	Anti-B	Tolkning							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Datum <input type="text"/> kl. <input type="text"/>	Datum: <input type="text"/>								
Erythrocyter Trombocyter Plasma <input type="checkbox"/> Bestrålade <input type="checkbox"/> Tvättade	Antikroppsscreening <table border="1"> <thead> <tr> <th>B1</th> <th>B2</th> <th>B3</th> <th>B4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> Satt: <input type="text"/> Läst: <input type="text"/>	B1	B2	B3	B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B1	B2	B3	B4						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Transfusionsorsak Blödningorsak eller diagnos <input type="text"/>	BAS-test DTT <table border="1"> <thead> <tr> <th>B1</th> <th>B2</th> <th>B3</th> <th>B4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> Datum: <input type="text"/> Satt: <input type="text"/> Läst: <input type="text"/>	B1	B2	B3	B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B1	B2	B3	B4						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Provtagning <input type="text"/> Datum <input type="text"/> kl. <input type="text"/>									
ID-kontroll och märkning utförd enligt gällande föreskrifter Namnunderskrift <input type="text"/> Namnförtydligande <input type="text"/>	BAS-test RhD-neg <table border="1"> <thead> <tr> <th>B5</th> <th>B6</th> <th>B7</th> <th>B8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> Datum: <input type="text"/> Satt: <input type="text"/> Läst: <input type="text"/>	B5	B6	B7	B8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	B6	B7	B8						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						