

**För mer information kring transfusionskomplikation, se
Vårdgivare Skåne:
*Laboratoriemedicin, Anvisningar för transfusion och transplantation, Vid
transfusion inklusive transfusionskomplikation – Transfusionskomplikation***

Frågor?

Kontakta i första hand: Transfusionsmedicin på orten, se nedan.

Kontakta i andra hand: Läkare vid transfusionsmedicin via 046-17 32 20

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin, blodgruppsimmunologi

| Ort | Vardag 7-16* | Övrig tid* |
|--------------|---------------------|-------------------|
| Helsingborg | 042 - 406 21 21 | 042 - 406 21 21 |
| Hässleholm | 0451 - 29 63 42 | 0451 - 29 63 38 |
| Kristianstad | 044 - 309 19 54 | 044 - 309 19 32 |
| Landskrona | 0418 - 45 40 60 | 046 - 17 32 20 |
| Lund | 046 - 17 32 20 | 046 - 17 32 20 |
| Malmö | 040 - 33 13 95 | 040 - 33 13 95 |
| Simrishamn | Se Ystad | Se Ystad |
| Trelleborg | 0410 - 555 84 | 040 - 33 13 95 |
| Ystad | 0411 - 99 53 67 | 0411 - 99 53 67 |
| Ängelholm | 0431 - 814 22 | 042 - 406 21 21 |

*Avvikelse kan förekomma, se <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/laboratoriemedicin/>.

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. Prover för blodgruppering och förenlighetsprovning ska tas vid två separata tillfällen, men får i akuta fall tas vid samma tillfälle.

Transfusionskomplikation - hemovigilans

Svar till, ange remittentens Kundkod

Telefon nr

Om annan ska debiteras, ange Kundkod

Remittent, ange RSid eller annat id

Remissanledning om ej sjukdom

Hälsovård

Svarskopia till, ange Kundkod

Patient-ID och namn, skriv eller använd etikett

 -

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|------------------------------|
| Transfusion av: | | RESERVERAD plats för laboratoriets etikett | |
| Erythrocyter | Plasma | | |
| Trombocyter | Stamceller | | |
| Bedömning av reaktionens svårighetsgrad (markera med X) | | Blodnummer Klistra etikett alt. skriv påsens/påsarnas nummer. | |
| Lätt | Måttlig | Svår | |
| Aktuella symtom markera med X | | | |
| Enstaka utslag | Anafylaktisk chock | Blodtrycksfall | Yrsel |
| Generell rodnad | Illamående/kräkningar | Blodtrycksstegring | Kramper |
| Urtikaria | Andnöd | Pulsstegring | Diarré |
| Quinckeödem | Cyanos | Arytmi | Lumbal smärta |
| Peteckier | Frysningar | Tryckkänsla över bröstet | Hemoglobinuri |
| Astma | Temp. före transfusion..... °C | Temp. efter transfusion..... °C | Ikterus |
| | Temp. stegring (varaktighet): h | | TRALI |
| Händelseförlopp | | | |
| Transfusionen påbörjades | | och avbröts | då hela enheten/ca mL getts. |
| Datum | kl. | kl. | |
| Transfusionskomplikationen observerades | | | |
| Datum | kl. | | |
| Övrigt (Ange andra förekommande symptom, liksom diagnos, om den kan tänkas påverka förloppet. Ange medicinering som kan påverka reaktionen, andra infusioner etc.) | | | |
| Tidigare transfusionskomplikationer | | | |
| Datum | Typ av reaktion | | |
| Blodprover tagna för utredning | | | |
| Ja Provtagning | | Nej | |
| Datum | kl. | Provtagning krävs inte vid lätt reaktion i form av frossa och/eller urtikaria. | |
| ID-kontroll och märkning utförd enligt gällande föreskrifter | | | |
| Namnunderskrift | | | |
| Namnförtydligande | | | |
| Biobanken , inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. Vårdnadshavare/närstående) har fått information om och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. | | | |
| Nej , patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in. | | | |
| Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke. | | | |