

## Klinisk immunologi och transfusionsmedicin - Blodgruppsimmunologi

HELSINGBORG	Södra Vallgatan 5	251 87 Helsingborg
HÄSSLEHOLM	Esplanadgatan 13	281 25 Hässleholm
KRISTIANSTAD	J A Hedlunds väg 5	291 85 Kristianstad
LANDSKRONA	Vattenverksallén, Box 514	261 24 Landskrona (endast viss blodutlämning, prov skickas till LUND för analys)
LUND	Klinikgatan 21	221 85 Lund
MALMÖ	Jan Waldenströms gata 16	205 02 Malmö
SIMRISHAMN	Christian Barnekows gata 8	272 81 Simrishamn
TRELLEBORG	Hedvägen 46	231 85 Trelleborg
YSTAD	Kristianstadvägen 3	271 82 Ystad
ÄNGELHOLM	Södra vägen	262 81 Ängelholm

### Provtagning av transfusionsmedicinsk undersökning (SOSFS 2009:29)

- 1 Blodprov för transfusionsmedicinsk undersökning ska tas av befattningshavare som har utbildning för och är bedömd som kompetent för uppgiften.
- 2 Vid provtagning ska patientens fullständiga identitet styrkas. I de fall den är osäker 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. Glömd underskrift får aldrig kompletteras i efterhand
- 5 Prover för blodgruppering och förenlighetsprovning ska tas vid två separata tillfälle, men får i akuta fall tas vid samma tillfälle.

[www.skane.se/labmedicin](http://www.skane.se/labmedicin)

Utgiven juni 2018 version 5



## Labmedicin Blodgruppering, DAT m.m.

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin  
Blodgruppsimmunologi

<b>Svar till:</b> Kund-kod: <input type="text"/>		<b>Personnummer:</b> (12 tecken) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<b>Telefon nr:</b> Kund-kod: <input type="text"/>		<b>Namn:</b> (efternamn, förnamn) <input type="text"/>	
<b>Önskad analys</b> <input type="checkbox"/> Blodgr = ABO/RhD/ antikr.screen <input type="checkbox"/> Antikropps- identifiering <input type="checkbox"/> DAT <input type="checkbox"/> Mono- DAT <input type="checkbox"/> Annat:		<b>Laboratoriets anteckningar</b> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
<b>För kvinna</b> Antal grav. barn <input type="text"/> <input type="text"/> Pågående graviditet Sista mens Ber.partus <input type="text"/> <input type="text"/> Rh-profylax? Datum <input type="text"/>		<b>Blodgruppering i gelkort</b> Anti-A Anti-B Anti-A,B Anti-D VI- Anti-D VI- Anti-D VI+ ctl A1 B ABO RhD Satt/Läst	
<b>Tidigare transfusion?</b> Datum <input type="text"/> Blodgrupp <input type="text"/> Antal <input type="text"/>		Anti-D IAT I <input type="text"/> Anti-D IAT II <input type="text"/>	
<b>Diagnos</b> <input type="text"/>		<b>Blodgruppering i rör</b> AB-serum Anti-A Anti-B Anti-A orig Anti-B orig RhK Anti-D susp Anti-D orig ABO RhD Satt/Läst	
<b>Svar önskas klart:</b> (op/transfusionsdatum etc.) Datum <input type="text"/> kl. <input type="text"/>		DAT gel Satt/Läst Monospecifik IgG C3d DAT gel Ctrl Satt/Läst	
Provtagningsdatum <input type="text"/> Provtagningstid <input type="text"/>		<b>Antikropps-screening</b> S1 S2 S3 Satt/Läst	
ID-kontroll utförd enligt gällande föreskrifter <input type="checkbox"/>		Namnunderskrift <input type="text"/>	