

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 förenlighetsprövning ska tas vid två separata tillfälle, men får i akuta fall tas vid samma tillfälle.

www.skane.se/labmedicin

Utgiven juni 2018 version 5



Labmedicin 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: <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"/> Datum <input type="text"/> kl. <input type="text"/>	MG-test <i>Utförd på LID (etikett)</i>								
Erythrocyter Trombocyter Plasma <input type="checkbox"/> Bestrålade <input type="checkbox"/> Tvättade	BAS-test ABO-kontroll <i>Utförd på LID (etikett)</i> <table border="1"> <tr> <th>Anti-A</th> <th>Anti-B</th> <th>Tolkning</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </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"/>							
Transfusionsorsak: Blödningorsak eller diagnos <input type="checkbox"/> Dubblett svar, blodgruppering önskas	Antikroppsscreening <table border="1"> <tr> <th>B1</th> <th>B2</th> <th>B3</th> <th>B4</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	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"/>						
Provtagningsdatum <input type="text"/> Provtagningstid <input type="text"/>									
ID-kontroll utförd enligt gällande föreskrifter									
Namnunderskrift <input type="text"/>	Giltig fr.o.m. <input type="text"/> t.o.m. <input type="text"/> Satt av <input type="text"/> Läst av <input type="text"/>								