

REMISS BLODGRUPPERING/BLODBESTÄLLNING

Svar sändes till – adress inkl postnummer

Debiteras om annan än svarsmottagaren

Personnummer
(10 siffror)
Namn

Rem läkare

Provtagningsdatum klockan

Undertecknad har vid
provtagningen gjort
identitetskontroll enligt
SOSFS 2007:21

Namnunderskrift

AKUT Ja Svar före _____

Diagnos/orsak

Pågående medicinering

Tidigare transfusion

NEJ JA, NÄR? _____ VET EJ

Ev transf komplikationer

För kvinna anges
Antal grav Beräknad partus Fått anti D-IgG När?

För stamcellstransplanterad pat Blodbyte?

När? NEJ JA

Önskad undersökning

- ABO- och RhD-gruppering med erythrocytantikroppsscreening
- Immuniseringsundersökning
- Direkt antiglobulintest
- Förenlighetsprövning (BAS-test, M/G-test)

Beställning av blodkomponenter (om beställningssedel ej finns)

- | | Antal enheter | Anv/opdag |
|---|---------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Erythrocyter | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Plasma | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trombocyter
(kräver telefonkontakt) | _____ | _____ |

Akutgruppering

Gruppering av BLODKROPPAR med							Tolkad blodgrupp:
anti-A	anti-B	anti-D	AB-serum	anti-CDE	D ^u	DAT	

R1	R2	R3	RB1	RB2	RB3	RB4

Antikroppsundersökning 1					
	S ₁	S ₂	S ₃	S ₄	E
Cellstab + 37°C					
Cellstab IAT					
PEG/IAT gel					

Antikroppsundersökning 2					
	S ₁	S ₂	S ₃	S ₄	E

	U ₁	U ₂	U ₃
Köldantikropps screen	A ₁	S ₄	

Gruppering av plasma/serum med				BLODKROPPAR med			
A ₁ -blkr	A ₂ -blkr	B-blkr	0-blkr	anti-A	anti-B	AB-kontroll	anti-A, B

Direkt antiglobulintest				
rör AHG	rör IgG	rör C3d	gel IgG	gel C3d