


Anvisningar för blodcentralen. Bilaga: Ifyllnad av remiss blodgruppering

Så här fyller du i REMISS BLODGRUPPERING



REMISS BLODGRUPPERING
Klinisk kemi och transfusionsmedicin

4		1																																	
Beställare, svarsmottagare		Patient-ID																																	
1	Provtagningsdatum	Klockslag	3																																
		<input type="checkbox"/> Patient med AKUT transfusionsbehov / operation	ID-KONTROLL utförd enligt gällande föreskrifter intygas <hr/> Underskrift, namnteckning (för- och efternamn)																																
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Information om patienten</td> <td style="text-align: center;">NEJ</td> <td style="text-align: center;">JA</td> </tr> <tr> <td>Fått transfusion de senaste 6 månaderna?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>När? _____</td> </tr> <tr> <td>Haft transfusionskomplikation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>När? _____</td> </tr> <tr> <td>Stamcellstransplanterad?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>När? _____</td> </tr> <tr> <td>Känd antikropp?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Vilken? _____</td> </tr> <tr> <td>Är gravid?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Graviditetsvecka: _____</td> </tr> <tr> <td>Fått Rh-profylax de senaste 6 månaderna?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Datum: _____</td> </tr> <tr> <td>Behandling med Darzalex eller dylikt preparat</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Om JA, kontakta blodcentralen!</td> </tr> </table>				Information om patienten		NEJ	JA	Fått transfusion de senaste 6 månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	När? _____	Haft transfusionskomplikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	När? _____	Stamcellstransplanterad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	När? _____	Känd antikropp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vilken? _____	Är gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Graviditetsvecka: _____	Fått Rh-profylax de senaste 6 månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: _____	Behandling med Darzalex eller dylikt preparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om JA, kontakta blodcentralen!
Information om patienten		NEJ	JA																																
Fått transfusion de senaste 6 månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	När? _____																																
Haft transfusionskomplikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	När? _____																																
Stamcellstransplanterad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	När? _____																																
Känd antikropp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vilken? _____																																
Är gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Graviditetsvecka: _____																																
Fått Rh-profylax de senaste 6 månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: _____																																
Behandling med Darzalex eller dylikt preparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om JA, kontakta blodcentralen!																																
Ev. Op-/transfusions-datum		Diagnos/anamnes/särskilda upplysningar																																	
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Önskad analys, undersökning:</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blodgruppering</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Immuniseringsundersökning</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fetal RhD-typning</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DAT (Direkt antiglobulintest)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Utredning</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Annan:</td> <td></td> </tr> </table>				Önskad analys, undersökning:	5	<input type="checkbox"/> Blodgruppering		<input type="checkbox"/> Immuniseringsundersökning		<input type="checkbox"/> Fetal RhD-typning		<input type="checkbox"/> DAT (Direkt antiglobulintest)		<input type="checkbox"/> Utredning		<input type="checkbox"/> Annan:																			
Önskad analys, undersökning:	5																																		
<input type="checkbox"/> Blodgruppering																																			
<input type="checkbox"/> Immuniseringsundersökning																																			
<input type="checkbox"/> Fetal RhD-typning																																			
<input type="checkbox"/> DAT (Direkt antiglobulintest)																																			
<input type="checkbox"/> Utredning																																			
<input type="checkbox"/> Annan:																																			
PROVTAGNINGSANVISNING																																			
Provtagning ska utföras enligt SOSFS 2009:29 - Transfusion av blodkomponenter. För utförlig information om provtagning och hantering se Region Kalmar läns provtagningsanvisningar!																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Provtagning</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">7</td> <td style="text-align: center;">Alla prover tas i EDTA-rör med lila kork!</td> </tr> <tr> <td>Blodgruppering inkl. Immuniseringsundersökning, DAT</td> <td></td> <td>7 mL-rör Ett rör räcker</td> </tr> <tr> <td>Utredning</td> <td></td> <td>7 mL-rör</td> </tr> <tr> <td><i>Kan ej utföras på kapillära prover!</i></td> <td></td> <td>Ta om möjligt 3 rör,</td> </tr> <tr> <td>Fetal RhD-typning</td> <td></td> <td>7 mL-rör Ta ett extra rör</td> </tr> <tr> <td>Nyfödda</td> <td></td> <td>Navelsträngsblod: 1 st 5 mL-rör Kapillär: 1st 500 µL i microtainerrör</td> </tr> <tr> <td>Kapillär provtagning</td> <td></td> <td>2 st 500 µL microtainerrör</td> </tr> <tr> <td><i>Vuxna – endast i undantagsfall!</i></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Provtagning	7	Alla prover tas i EDTA-rör med lila kork!	Blodgruppering inkl. Immuniseringsundersökning, DAT		7 mL-rör Ett rör räcker	Utredning		7 mL-rör	<i>Kan ej utföras på kapillära prover!</i>		Ta om möjligt 3 rör,	Fetal RhD-typning		7 mL-rör Ta ett extra rör	Nyfödda		Navelsträngsblod: 1 st 5 mL-rör Kapillär: 1st 500 µL i microtainerrör	Kapillär provtagning		2 st 500 µL microtainerrör	<i>Vuxna – endast i undantagsfall!</i>										
Provtagning	7	Alla prover tas i EDTA-rör med lila kork!																																	
Blodgruppering inkl. Immuniseringsundersökning, DAT		7 mL-rör Ett rör räcker																																	
Utredning		7 mL-rör																																	
<i>Kan ej utföras på kapillära prover!</i>		Ta om möjligt 3 rör,																																	
Fetal RhD-typning		7 mL-rör Ta ett extra rör																																	
Nyfödda		Navelsträngsblod: 1 st 5 mL-rör Kapillär: 1st 500 µL i microtainerrör																																	
Kapillär provtagning		2 st 500 µL microtainerrör																																	
<i>Vuxna – endast i undantagsfall!</i>																																			
Plats för LIDnr-etikett																																			



- 1** Patientens fullständiga identitetsuppgifter. Personnummer samt för och efternamn.
Obs! Glöm inte att ange provtagningsdatum!
- 2** EDTA-rör som ska märkas med patientens fullständiga identitetsuppgifter. Personnummer samt för- och efternamn.
- 3** Plats för underskrift. Underskriften verifierar att ID-kontrollen är utförd enligt gällande föreskrifter.
- 4** Beställare mottagning, avdelning.
- 5** Önskad analys.
- 6** Information om patienten som har betydelse för våra analyser.
- 7** Provtagningsanvisning, se Region Kalmar läns provtagningsanvisningar.

Ändringshistorik

Datum	Ändring	Utförd av
2025-01-27	Ny bilaga till anvisningarna för blodcentralen. Dessa ska fungera som ett stöd till våra kunder om hur remiss Blodgruppering fylls i.	Kim Hägerström