

Dokumentansvarlig:	Ruben Pettersen	Dok. id:	SJ17316
Godkjent av:	Mette Knutsen	Versjonsnummer:	1
Gyldighetsområde:	Lab/blodbank, SSJ	Neste rev. dato:	11.05.2025

PASIENTOPPLYSNINGER OG PRØVETAKING:

Navn: _____

Fødselsnummer (11 siffer): _____ - _____

Pretransfusjonsundersøkelse

Ved transfusjon av erytrocyttkonsentrat skal pasienten være ABO/Rh(D)-typet minimum to ganger i prøver tatt på forskjellig tidspunkt.

Ved transfusjon av erytrocyttkonsentrat må det foreligge en antistoffscrening i prøve tatt for < 4 dager siden

Har pasienten tidligere fått påvist irregulære blodtypeantistoff? Ja Nei

Spesifisitet på eventuelt blodtypeantistoffet/ene: _____

Prøvetakingstidspunkt: ____ / ____ - ____ Kl.: ____ : ____

Signatur prøvetaker: _____

Prøvetaker bekrefter at pasientidentitet er kontrollert mot prøveglassets etikett. Pasient skal si navn og fødselsnummer. Alternativt kan pasientens identitet kontrolleres mot gyldig identitetspapirer med bilde og fødselsnummer. Prøveglass skal også signeres med prøvetakers initialer.

BESTILLING AV BLODPRODUKTER:

Rekvirerende lege: _____

Rekvirentkode: _____

Antall erytrocyttkonsentrat: _____ enheter

Indikasjon: _____

Siste hemoglobinnivå: _____ g/dl Målt dato: ____ / ____ - ____

Bestiller / mottakers adresse: _____

Kontaktperson: _____

Kontakttelefon: _____

Ønsket leveringsdato: ____ / ____ - ____

Transfusjonsdato og klokkeslett: ____ / ____ - ____ kl.: ____ : ____

Transportrute: _____

Personell som skal utføre transfusjonen: _____

Har utførende personell transfusjonskurs? Ja Nei

Merknader:

Adresse blodbanken Sandnessjøen:

Helgelandssykehuset HF,
Blodbanken,
Prestmarkveien 1,
8800 Sandnessjøen

Blodbanken Sandnessjøen tlf: 75 66 11 10