



Laboratoriemedicin Västerbotten
Transfusionsmedicin/Blodcentralen

Norrlands Universitetssjukhus
801 88 Umeå, 090-785 20 76

Skellefteå lasarett
831 86 Skellefteå, 0910-77 16 50

Lycksele lasarett
921 82 Lycksele, 0950-392 26

<p>NORTHPOP Barns hälsa i Västerbotten</p>	Personnr (10 siffror)
	Namn
Debiteras om annan än svaremottagare: OBLIGATORISK IDENTITETSKONTROLL	
UNDERTECKNAD har vid provtagningen gjort identitetskontroll enligt SOSFS 2009:29	<input type="checkbox"/> Mamma-prov, grav.vecka 28 <input type="checkbox"/> Navelsträngsprov
Provtagningsdatum _____ klockan _____ Namnunderskrift _____	

Välj önskad analys

<input type="checkbox"/> ABO- och RhD-gruppering med immuniseringsundersökning	<input type="checkbox"/> Förenlighetsprovning (BAS-test, MG-test)									
<input type="checkbox"/> ABO- och RhD-gruppering med DAT, barn <4 månader Moderns namn och personnummer	Beställning av blodkomponenter									
<input type="checkbox"/> DAT, Direkt antiglobulintest	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antal enh</th> <th>Anv/opdag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erytrocyter</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plasma</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Antal enh	Anv/opdag	<input type="checkbox"/> Erytrocyter	_____	_____	<input type="checkbox"/> Plasma	_____	_____
	Antal enh	Anv/opdag								
<input type="checkbox"/> Erytrocyter	_____	_____								
<input type="checkbox"/> Plasma	_____	_____								

Upplysningar

Tidigare transfusion <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, NÄR? _____ <input type="checkbox"/> VET EJ	För kvinna anges Antal grav _____ Beräknad partus _____ Fått anti-D IgG _____ När? _____
Ev transfusionskomplikation _____	
För stamcellstransplanterad patient När? _____	Är provet från barnafader? <input type="checkbox"/> JA Moderns namn och personnummer _____
Blodgruppsbyte <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	

Ifylles av laboratoriet

	SI	SII	SIII	SIV	E		A1	SIV		U1	U2	U3	Direkt antiglobulintest			
Cellstab +37						+22			AV				AV IgG	AV C3b+d	Gel IgG	Gel C3d
Cellstab IAT																
PEG/IAT gel																

Gruppering av PLASMA/SERUM med					Gruppering av BLODKROPPAR med									
A1-blkr	A2-blkr	B-blkr	O-blkr		Anti-A	Anti-B	Anti-D	Anti-D	Ctrl	Anti-D svag	Anti-CDE			

AKUT BLODGRUPPERING

Labnummer

Gruppering av BLODKROPPAR med					DAT IgG+C3d	Anti-D svag
anti-A	anti-B	anti-D	anti-D	ctrl		
BLODGRUPP		DAT	Neg Pos	Datum	Sign	

Datum infrysning: _____

Infrysning klockan: _____

Kommentar: _____

Signatur: _____