

	BB-nr: _____	
	Debiteras om annan än svärsottagare: OBLIGATORISK IDENTITETSKONTROLL	
UNDERTECKNAD här vid provtagningen gjort identitetskontroll enligt SOSFS 2009:29	Provtagningsdatum _____ klockan _____	<input type="checkbox"/> Mamma-prov, grav.vecka 28 <input type="checkbox"/> Navelsträngsprov
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 Moders namn och personnummer	Beställning av blodkomponenter									
<input type="checkbox"/> DAT, Direkt antiglobulintest	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Antal enh</td> <td>Anv/opdag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erythrocyter</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plasma</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Antal enh	Anv/opdag	<input type="checkbox"/> Erythrocyter	_____	_____	<input type="checkbox"/> Plasma	_____	_____
	Antal enh	Anv/opdag								
<input type="checkbox"/> Erythrocyter	_____	_____								
<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? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Är provet från barnafader? <input type="checkbox"/> JA Moders namn och personnummer

Ifylles av laboratoriet

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

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

AKUT BLODGRUPPERING Labnummer _____

Gruppering av BLODKROPPAR med					DAT	Anti-D
anti-A	anti-B	anti-D	anti-D	ctrl	IgG+C3d	svag

BLODGRUPP	DAT	Neg	Datum
		Pos	Sign

Datum infrysning: _____

Infrysning klockan: _____

Kommentar: _____

Signatur: _____