

Kronisk transfusionsberoende patient

Personnummer	
Namn	
Avdelning	
Diagnos	
Prov och remiss för fenotypsbestämning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Patienten bör vid ev transfusion erhålla:

Erythrocyter ej äldre än 7 dagar

 Ja Nej

Fr o m datum: _____

Underskrift:

Datum: _____

Läkare/sjuksköterska_____
Namnförtydligande

Blodcentralens anteckningar

Datum: _____

 Utförd fenotypning Införd brevlåda_____
Namnteckning

Denna blankett fylls i av avdelningen. Skickas till blodcentralen.
Originalen förvaras i pärm på blodcentralen.
Kopia av blanketten skickas åter till avdelningen tillsammans med dubblettsvar.