

Specialkrav på blodkomponent till patient

Personnummer	
Namn	
Avdelning	

Information som skall läggas in i blodcentralens dator

Patienten skall vid ev. transfusion erhålla:

Ja Nej

Bestrålade/Patogeninaktiverade blodkomponenter

Om inget slutdatum anges gäller kravet tills vidare

Fr.o.m. datum: _____ T.o.m: _____

INDIKATION: _____

Datum: _____

Läkare/Sjuksköterska_____
Namnförtydligande

Blodcentralens anteckningar

Datum: _____

 Införd/avlägsnad titjkrav Införd/avlägsnad brevlåda_____
Namnteckning

Denna blankett fylls i av avdelningen. Skickas till blodcentralen.

Originalen förvaras i pärm på blodcentralen Västerås.

Kopia av blankett skickas åter till avdelningen tillsammans med dubblettvar.

Länsblodcentralerna spar även en kopia.