

	Labnummer	Personnummer och namn
Beställande klinik/avd		
Svar till (om annan än ovan)		
Debiteras		
BESTÄLLNING		SAMTYCKE
<input type="checkbox"/> Blodgruppering (ABO/Rh och antikroppsscreening) <input type="checkbox"/> DAT (direkt antiglobulintest) <input type="checkbox"/> Övrigt		Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om - och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.
PROVTAGNING (1 st EDTA rör, 6 mL) Provtagningsrör skall före provtagningen märkas med patientens efternamn, förnamn eller initialer, personnummer eller reservnummer, avdelning och provtagningsdatum. Identiteten kontrolleras vid provtagning genom att patienten visar legitimation. Dessa uppgifter kontrolleras mot uppgifter på provtagningsrör och remiss.		DIAGNOS, FRÅGESTÄLLNING OCH/ELLER ÖVRIGA UPPLYSNINGAR Har patienten fått blodtransfusioner? Ja Nej Senaste transfusion, år? Kända antikroppar? Har patienten haft transfusionskomplikation? Ja Nej Typ av reaktion?
ID-kontroll och märkning utförd enligt ovanstående, intygar:		Är patienten gravid? Ja Nej Beräknad förlossning, datum: Antal graviditeter:
Provtagarens namnteckning		Given Rh profylax, datum:
Provtagnings Datum:	kl	

Blodcentralens anteckningar: