

Annan än ovan
 debiteras:

Patientidentitet (streckkod)

FÖR AKUTA FALL	Datum	Klockan	IDENTITETSKONTROLL utförd enligt Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2009:29 intygar: Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Provtagarens namnteckning
Svar önskas senast			
BEGÄRD UNDERSÖKNING			Labnummer
<input type="checkbox"/> Blodgruppering (ABO- och RhD-gruppering inkl. antikroppsscreening)			Är patienten stamcells-transplanterad? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Datum
<input type="checkbox"/> Direkt antiglobulintest, DAT			
<input type="checkbox"/> Förenlighetsprovning (BAS-test, BK/MG-test)			
<input type="checkbox"/> Fetal RhD genotypning <input type="checkbox"/>			
BLODBESTÄLLNING			Vid graviditet
	Antal	Transf.datum	Beräknad partus Antal graviditeter
<input type="checkbox"/> Erythrocyter			Har patienten fått Rh-profylax de senaste 6 månaderna? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Datum
<input type="checkbox"/> Plasma			Blodtransfusion i annan region
<input type="checkbox"/> Trombocyter			
Har patienten fått blod vid sjukhus utanför Region Värmland? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Datum Var			
Har patienten fått transfusionsreaktion vid sjukhus utanför Region Värmland? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Datum Var			
DIAGNOS, aktuell medicinering, övriga upplysningar			

AKUTGRUPPERING							Direkt antiglobulintest, DAT						
	Anti-A	Anti-B	Anti-D	Anti-D	Ctl	TOLKAD BLODGRUPP	DAT	IgG	IgA	IgM	C3c	C3d	ctl
Reag. 1													
Reag. 2							Signatur		Datum (ÅÅÅÅ_MM_DD)				
PRELIMINÄRSVAR:							BLODCENTRALENS ANTECKNINGAR						
BLODGRUPP			RhD										
.....													
BLODGRUPPERINGSANSVARIG													
DATUM (ÅÅÅÅ-MM-DD):.....													

IDENTITETSKONTROLL

enligt Socialstyrelsens föreskrift **SOSFS 2009:29, 3 kap.**

2 § Vid provtagning skall blodmottagarens fullständiga identitetsuppgifter styrkas genom kontroll mot identitetshandling eller identitetsband. En fullständig identitetsuppgift skall innehålla

1. svenskt personnummer eller, om personnummer saknas, andra identitetsuppgifter som säkerställer full spårbarhet i minst 30 år,
2. efternamn, och
3. förnamn eller initialer.

3 § Om blodmottagaren saknar identitetsuppgifter, eller om identitetsuppgifterna är ofullständiga eller osäkra, skall ett av vårdgivaren fastställt system för tillfällig identifiering användas.

4 § Innan provtagning påbörjas skall remissen och provtagningsrören märkas. Märkningen skall stämma överens med blodmottagarens identitetsuppgifter enligt 2 eller 3 §.

5 § I samband med provtagningen skall den som har tagit blodprovet dokumentera och med sin underskrift intyga att

1. identitetskontrollen av blodmottagaren är utförd, och
2. märkningen av remissen och provtagningsrören är fullständig och stämmer överens med blodmottagarens identitetsuppgifter.

ANVISNINGAR

För blodcentralen speciellt viktiga diagnoser är graviditet samt anemier så som sickelcellsanemi, thalassemi eller andra sjukdomar som kan ge upprepat transfusionsbehov.

Uppgifter om tidigare transfusioner, framförallt inom de sista 4 månaderna utanför Region Värmland, är nödvändig för bedömning av blodgrupp.

PROVTAGNING

Provtagning för blodgruppering och förenlighetsprovning skall av säkerhetsskäl ske vid skilda tillfällen. Undantag medges i medicinskt akuta situationer enl. **SOSFS 2009:29, 3 kap 6 §**. Detta avsteg från normala rutiner ska dokumenteras i patientjournal och godkännas av behandlande läkare.

BLODGRUPPERING, inkl. Antikroppsscreen, Normalfall	Venblod: 1 st 6 mL EDTA-rör (lila propp) alt. 2 st 3 mL EDTA-rör
BLODGRUPPERING, Nyfödd	Navelsträngsblod: 1 st 3 mL EDTA-rör (lila propp)
BLODGRUPPERING, Spädbarn < 4 mån	Kapillär-/venblod: 1 st 0,5 mL mikrorör, EDTA-rör (lila propp)
DIREKT ANTIGLOBULINTEST, DAT	Venblod: 1 st 6 mL EDTA-rör (lila propp) alt. 1 st 3 mL EDTA-rör
ANTIKROPPSUTREDNING	Venblod: 2 st 6 mL EDTA-rör (lila propp) alt. 4 st 3 mL EDTA-rör och 2 st 6 mL Serumrör (röd propp)
FÖRENLIGHETSPRVNING (BAS-test, BK/MG-test)	Venblod: 1 st 6 mL EDTA-rör (lila propp) alt. 1 st 3 mL EDTA-rör
FETAL RhD GENOTYPNING	Venblod: 1 st 6 mL EDTA-rör (lila propp)

Blodcentralen
Centralsjukhuset i Karlstad
Tfn 010-83 915 80

Blodcentralen
Sjukhuset i Arvika
Tfn 010-83 122 18

Blodcentralen
Sjukhuset i Torsby
Tfn 010-83 473 58