***BESTILLING AV BLODKOMPONENTER***

Blodbanken i : □ Kristiansund □ Molde □ Ålesund □ Volda

|  |  |
| --- | --- |
| **Pasient navn:** | **Fødselsnummer ( 11 siffer )** |
| **Diagnose:** | **Transfusjonsindikasjon:** |
| **Rekvirentkode:** | **Telefonnummer til rekvirent:** |
| Ja Nei  Tidligere transfusjon  Evt transf.komplikasjoner  Påvist antistoff Hvilke: …………………………………..  Fødsler/abort  Transplantert | |
| **Ved transfusjon av blodkomponenter skal pasienten være ABO/RhD-typet minimun 2 ganger i prøver tatt på forskjellig tidspunkt. Ved transfusjon av erytrocyttkonsentrat må det foreligge en antistoffscreening i prøve tatt for <96 timer siden** | |
| **Når ble pretransfusjonsprøve tatt:**  **OBS Krav om at prøvetaker har signert prøveglasset** |  |
| **Er eller har pasienten vært tilknyttet en avdeling på sykehuset? □ Ja □ Nei**  **Hvilken avdeling? ………………………………… Hvilken lege: ………………………….** | |
| **Er avd blitt kontaktet for å få bestilt blodkomponentene i Interinfo ? □ Ja □ Nei** | |
| **Rekvirerende lege utenfor sykehus** |  |
| **Hvor og når skal transfusjonen utføres**  **OBS Krav om dokumentert opplæring på den som utfører transfusjonen** |  |

**BESTILLING:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Blodkomponent | Antall enheter | Transfusjon bestemt | Transport måte?  Hvem henter pakken ved ankomst? |
| Erytrocyttkonsentrat |  | Dato:  Kl.slett: |  |
| Trombocyttkonsentrat |  |
| Leveringsadresse |  | | |

Bestilling mottatt av blodbanken: Dato:… Kl.slett:……… Sign:…………………