

SÄNDNINGSUPPGIFTER

Remitterande sjukhus och avdelning	Vårdenhet/kontaktperson och tel.
Adress	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Brådskande <input type="checkbox"/> (undersökningar görs brådskande/jour) Ej brådskande <input type="checkbox"/> (samma vardag, om provet ankommer före 10) Tilläggsavgift faktureras för brådskande prover.	Provet ankommer i Helsingfors datum _____ kl. _____ <input type="checkbox"/> post <input type="checkbox"/> buss <input type="checkbox"/> flyg <input type="checkbox"/> annat
Svaret önskas före datum _____ kl. _____	<input type="checkbox"/> tel. _____ <input type="checkbox"/> fax _____

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA (Du kan också använda personuppgiftsetikett)

Efternamn		Personbeteckning		Diagnos/indikation för blodtransfusion	
Förnamn		Provtagningsdatum		Kundens provnummer	
Etnisk bakgrund		Tidigare blodtransfusioner <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, datum		Tidigare blodtransfusionsreaktioner <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, datum	
ABO		Rh		Tidigare blodtransfusionsreaktioner	
Förlossningar, missfall		Anti-D-skydd, datum		Tidigare konstaterade erythrocytantikroppar	
Bilagor			Ytterligare uppgifter		
<input type="checkbox"/> Screeningresultatet, antigen tabell/lotnummer <input type="checkbox"/> Panelresultatet, antigen tabell/lotnummer <input type="checkbox"/> Resultatet för oklar ABO/Rh typning <input type="checkbox"/> Oförenliga slangsegment/enhetsnummer					

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR

Om tecken på antikroppar konstateras vid screening av antikroppar, förenlighetsprov eller blodgruppsbestämning, gör vi en antikropsidentifiering.

<input type="checkbox"/> KL 2951 SPRV 3450 B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning	<input type="checkbox"/> SPRV 4933 Blodgruppskort
<input type="checkbox"/> SPRV 3402 B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning och screening av antikroppar	<input type="checkbox"/> SPRV 3418 E -Blodgrupp, antigen typning
<input type="checkbox"/> SPRV 3408 B -Identifiering av erythrocytantikroppar	<input type="checkbox"/> SPRV 5910 E -Blodgrupp, omfattande antigen typning *)
<input type="checkbox"/> KL 2935 SPRV 3404 B -Förenlighetsprov för blod	<input type="checkbox"/> SPRV 5295 B -RH-genotypning, DNA-undersökning *)
<input type="checkbox"/> KL 3015 SPRV 3401 E -Direkt antiglobulinprov	<input type="checkbox"/> SPRV 5291 B -Blodgrupp, utvidgad genotypning, DNA-undersökning*)
<input type="checkbox"/> SPRV 3403 P -Isoagglutinititer	
<input type="checkbox"/> SPRV 3409 B -ABO-antikroppar, IgG och IgM	*) <input type="checkbox"/> Förenlighetsrekommendation behövs (innehåller undersökningen 3402)

Behov av blodtransfusion nej ja, förenlighetsprov utförs hos Blodtjänst på sjukhus (om möjligt)

Beställning av blodprodukt	Blodtransfusion/ingrepp (datum, kl.)
-----------------------------------	---

IFYLLS AV BLODTJÄNST

Provet anlänt till Blodtjänst	datum	kl.	namnteckning	Ytterligare uppgifter
Svar faxat <input type="checkbox"/> sjukhus <input type="checkbox"/> beställningscentralen	datum	kl.	namnteckning	
Svar per telefon	datum	kl.	namnteckning	

Velho: nej ja _____

SÄNDNINGSANVISNINGAR:

Adress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Mottagning av prover, Blodgruppsundersökningar, Stenhagsvägen 7, 00310 Helsingfors
Meddela alltid om sändning av brådskande prov tel. 029 300 1920, fax 09 454 6230. Jourtiden (vardagar kl. 16-08, lördagar och helgdagar) tel. 029 300 1001, fax 09 454 6245.
 Frågor om provtagning, sändning och transport: Provinfo (mån-to 8-16, fre 8-15) tel. 029 300 1414.

Provtagnings- och sändningsanvisningar samt undersökningsbeskrivningar finns på www.blodtjanst.fi > För hälsovårdsexperten