

**REMISS BLODGRUPPERING**

Version 2025-12-01

|                                                                                                                                                    |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Beställare / svarsmottagare (betalningsansvarig):<br><b>Använd streckkod eller fyll i uppgifter</b><br>Avd/Mott:<br>Kostnadsställe:<br>Sjukhus/VC: | Patientdata<br><b>Använd streckkod!</b><br>Personnummer:<br>Namn: |
| Svarsomottagare (om annan än beställare)                                                                                                           | Provtagningsinstans (om annan än beställare)<br>Avd/mott: Tel.nr: |

**Beställning av analys**
☐ **AKUT Beställning**, svar till klockan : \_\_\_\_\_

| <b><u>Endast en analysbeställning per remiss:</u></b><br><input type="checkbox"/> <b>Blodgruppering</b> (AB0-, RhD-gruppering och antikroppsscreening)<br><input type="checkbox"/> <b>DAT</b><br>(Direkt antiglobulintest, kan beställas samtidigt som blodgruppering)<br><br><input type="checkbox"/> <b>BAS-test</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>MG-test</b>                                                                                                                                       | Har patienten fått blod? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Transfusionsreaktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Antal transfusioner <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> >10<br>Senaste transfusion: _____<br><b>För kvinnor anges:</b><br>-Antal graviditeter: _____<br>-Beräknad förlossning (om gravid): _____<br>-Rh-profylax senaste 4 mån? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om Ja, när gavs profylax?: _____ |       |       |     |                                             |       |       |       |                                        |       |       |       |                                             |       |       |       |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----|---------------------------------------------|-------|-------|-------|----------------------------------------|-------|-------|-------|---------------------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------------|
| <b><u>Beställning av komponenter</u></b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antal</th> <th>Datum</th> <th>Tid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Erytrocyter</b></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Plasma</b></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Trombocyter</b></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Antal | Datum | Tid | <input type="checkbox"/> <b>Erytrocyter</b> | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <b>Plasma</b> | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <b>Trombocyter</b> | _____ | _____ | _____ | <b>Diagnos/övrig information:</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Antal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Datum | Tid   |     |                                             |       |       |       |                                        |       |       |       |                                             |       |       |       |                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Erytrocyter</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | _____ | _____ |     |                                             |       |       |       |                                        |       |       |       |                                             |       |       |       |                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Plasma</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | _____ | _____ |     |                                             |       |       |       |                                        |       |       |       |                                             |       |       |       |                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Trombocyter</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | _____ | _____ |     |                                             |       |       |       |                                        |       |       |       |                                             |       |       |       |                                   |

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vid provtagning har iakttagits gällande föreskrifter SOSFS 2009:29</b><br>Datum: _____<br>Provtagarens namnunderskrift: _____<br>Namnförtydligande (För- och efternamn): _____ | <b>ANVISNINGAR FÖR PROVTAGNING</b><br>Rör och remiss skall före provtagningen märkas med patientens personnummer (10 siffror) för- och efternamn, avdelning samt provtagningsdatum.<br>Omedelbart före provtagningen skall patienten uppge namn och personnummer, vilka skall vara identiska med uppgifterna på rör och remiss. Se till att alla siffror och bokstäver är med på etiketterna.<br>Är uppgifterna inte identiska eller att remissen inte är underskriven kommer provet och remissen att kasseras.<br>Se även Provtagningsanvisningarna för LmD Dalarna |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Blodcentralens anteckningar**
**AKUTGRUPPERING**

|                         | Anti-A | Anti-B | Anti-AB | Anti-D | Anti-D | Ctrl | Tolkning |
|-------------------------|--------|--------|---------|--------|--------|------|----------|
| AB0/D                   |        |        |         |        |        |      |          |
| Confirmation for donors |        |        |         |        |        |      |          |

**PRELIMINÄRSVAR**
**RhD**
**Datum/signatur**