

# Remiss Transfusionsmedicin



Beställande/Betalande avdelning		Labbnummer (anges av Blodcentralen)	
Mottagande avdelning		Patientidentitet: Personnummer och namn	
Provtagningsdatum / tid	Provsvår önskas klart	<b>Utförd IDENTITETSKONTROLL enligt Socialstyrelsens författning, SOSFS 2009:29 intygar:</b>  _____ Provtagarens namnunderskrift	
Datum: .....	Datum: .....		
Klockan: .....	Klockan: .....		
<b>AKUT ANALYS</b>			
<b>Begärd analys</b> <i><b>OBS! För varje analys behövs separat provtagningsrör med tillhörande remiss.</b></i>			
<input type="checkbox"/> Akut blodgruppering (preliminär ABO och RhD) <input type="checkbox"/> Fenotypning av blodgivare			
<input type="checkbox"/> Blodgruppering (inkl antikroppsscreening) <input type="checkbox"/> Köldantikropsutredning			
<input type="checkbox"/> Givargruppering <input type="checkbox"/> Fetal RHD genotypning			
<input type="checkbox"/> BAS-test / MG-test <input type="checkbox"/> Barngruppering med DAT (upp till 6 mån)			
<input type="checkbox"/> DAT (Direkt antiglobulintest) <input type="checkbox"/> Prov från barnafadern *			
<input type="checkbox"/> Antikroppsscreening <input type="checkbox"/> Titer AB0-immunisering**			
<input type="checkbox"/> Kompletterande prov för fortsatt utredning			
<input type="checkbox"/> Övrigt _____ *Moderns- / **barnets- namn och personnummer			
<b>Beställning av blodkomponenter</b>		<b>Kroniskt behov av transfusion</b>	
Erythrocyter .....		Vid kroniskt behov av transfusion	
Plasma .....		Ange orsak .....	
Trombocyter .....		<b>Beställning önskas klart</b>	
Övrigt .....		Datum .....	
Bestrålade blodkomponenter		Klockan .....	
		Mottagande avdelning .....	
Gravid Beräknad partus: ..... Antal graviditeter: ..... Rh profylax Datum: .....			
Har patienten fått ägg- eller spermadonation?    Ja    Om Ja, när?    Datum: .....			
Transfusion utanför Region Örebro län senaste 3 mån		Stamcellstransplantation?	
Datum: .....		Datum: .....	

## För Blodcentralen

Akut blodgruppering				Direkt antiglobulintest (DAT)					
ABO		RhD		DAT		Sign			
Anti-A		Anti-D							
Anti-B		Anti-D							
AB serum		Rh kontr		Monospecifik DAT					
				IgG	IgA	IgM	C3c	C3d	ctrl
Tolkad blodgrupp		Sign							
									Sign

## Provtagningsanvisningar

- Provtagningen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal som har utbildning för och är bedömd som kompetent för uppgiften.
- Vid provtagningen ska patientens fullständiga identitetsuppgifter styrkas genom kontroll mot identitetshandling eller identitetsband. Om en sådan kontroll inte kan göras får man använda patientens muntligen uppgivna identitetsuppgifter om dessa bedöms som tillförlitliga av provtagaren.
- Fullständiga identitetsuppgifter ska innehålla
  1. svenskt personnummer eller, om personnummer saknas, annan spårbar identitetsuppgift,
  2. efternamn, och
  3. förnamn eller initialer.
- Innan provtagningen påbörjas ska remissen och provtagningsrören märkas. Märkningen ska stämma överens med patientens identitetsuppgifter.
- I samband med provtagningen ska den som har tagit blodprovet dokumentera med sin namnunderskrift att
  1. identitetskontrollen är utförd, och
  2. märkningen av remissen och provtagningsrören är fullständig och stämmer överens med patientens identitetsuppgifter.
- Då remiss eller provtagningsrör saknar fullständiga identitetsuppgifter alternativt om remissen saknar provtagarens namnunderskrift kommer analys ej utföras och prov kasseras.
- Blodprov för blodgruppering och förenlighetsprovning ska tas vid två separata tillfällen men får i akuta fall tas vid samma tillfälle.
- För mer information se Socialstyrelsens gällande föreskrifter, SOSFS 2009:29.

### Analys

- Akut blodgruppering (20 min)
- Blodgruppering
- BAS-test (Ej barn under 4 mån / MG-test)
- Direkt antiglobulintest (DAT)
- Antikroppsscreening
- Fetal *RHD* genotypning
- Prov från barnafadern
- Titer ABO-immunisering

- Barngruppering med DAT (upp till 6 mån)

- Köldantikropsutredning

- Kompletterande prov för fortsatt utredning

### Provtagningsrör

- Vuxna: 1 x 6 mL EDTA rör
- Barn äldre än 6 mån: 1 x 4 mL EDTA rör
- BAS-test barn > 4 mån: 1 x 4 mL EDTA rör.  
I undantagsfall, t ex spädbarn, räcker det med ett fullt 500 µL mikrotainerör, minsta provmängd 500 µL

- Navelsträngsblod: 1 x 4 mL EDTA rör alt.
- Kapillärblod: 1 x 500 µL EDTA mikrorör, minsta provmängd 250 µL

- 4 x 4 mL EDTA rör
- Provtagning skall utföras med värmeteknik.
- Rören skall förvärmas till 37 °C och transporteras efter provtagningen i värmeblock till Blodcentralen.

- Enligt överenskommelse med Blodcentralen

**OBS! För varje analys behövs separat provtagningsrör med tillhörande remiss.**

Blodcentralen  
Universitetssjukhuset Örebro  
701 85 ÖREBRO  
Tfn 019 - 6021988

Blodcentralen  
Karlskoga lasarett  
691 81 KARLSKOGA  
Tfn 0586 - 66293

Blodcentralen  
Lindesbergs lasarett  
711 82 LINDESBERG  
Tfn 0581 - 85212