



Labnummer (anges av Blodcentralen)

Beställare		Patientidentitet	
Beställande avdelning		Personnummer	
Mottagande avdelning		Namn	
Provtagningsdatum / tid	Provsvaret önskas klart	ID-kontroll enligt gällande föreskrifter från Socialstyrelsen	
Datum                      Kl.	Datum                      Kl.		
		Provtagarens namnunderskrift	

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Akut blodgruppering (svar inom 20 min)     | <input type="checkbox"/> Fenotypning av blodgivare               |
| <input type="checkbox"/> Blodgruppering                             | <input type="checkbox"/> Antikroppsscreening                     |
| <input type="checkbox"/> BAS-test / MG-test                         | <input type="checkbox"/> Fetal RHD genotypning                   |
| <input type="checkbox"/> Direkt antiglobulintest (DAT)              | <input type="checkbox"/> Barngruppering med DAT (upp till 4 mån) |
| <input type="checkbox"/> Köldantikropsutredning                     | <input type="checkbox"/> Prov från barnafadern *                 |
| <input type="checkbox"/> Kompletterande prov för fortsatt utredning |  |
| <input type="checkbox"/> Övrigt .....                               |  |

\* Moderns namn och personnummer

Beställning av blodkomponenter

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erytrocyter .....          | <input type="checkbox"/> Övrigt .....                                    |
| <input type="checkbox"/> Plasma .....               |  |
| <input type="checkbox"/> Trombocyter .....          |  |
| <input type="checkbox"/> Bestrålade blodkomponenter | Beställning önskas klart   |
|   | Datum                      Kl.                      Mottagande avdelning |

- |                                       |   |  |       |
|---------------------------------------|---|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Gravid ..... | Beräknad partus                      Antal graviditeter | <input type="checkbox"/> Rh profylax ..... | Datum |
|---------------------------------------|---|--|-------|

- |  |       |   |       |
|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Transfusion senaste 3 mån ..... | Datum | <input type="checkbox"/> Allogen stamcellstransplantation ..... | Datum |
|--|-------|---|-------|

**För Blodcentralen**

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

### Analys

### Provtagningsrör

<ul style="list-style-type: none"><li>• Akut blodgruppering</li><li>• Blodgruppering</li><li>• BAS-test / MG-test</li><li>• Direkt antiglobulintest (DAT)</li><li>• Antikroppsscreening</li><li>• Fetal <i>RHD</i> genotypning</li><li>• Prov från barnafadern</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vuxna: 1 x 6 mL EDTA rör</li><li>• Barn äldre än 4 mån: 1 x 4 mL EDTA rör</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Barngruppering med DAT (upp till 4 mån)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Navelsträngsblod: 1 x 4 mL EDTA rör alt.</li><li>• Kapillärblod: 1 x 500 µL EDTA mikrorör, minsta provmängd 250 µL</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Köldantikropsutredning</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 x 6 mL EDTA rör</li><li>• Provtagning skall utföras med värmeteknik.</li><li>• Rören skall förvärmas till 37 °C och transporteras efter provtagningen i värmeblock till Blodcentralen.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kompletterande prov för fortsatt utredning</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enligt överenskommelse med Blodcentralen</li></ul>

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

Blodcentralen  
Universitetssjukhuset Örebro  
70185 ÖREBRO  
Tfn 019-6021988

Blodcentralen  
Karlskoga lasarett  
69181 KARLSKOGA  
Tfn 0586-66293

Blodcentralen  
Lindesbergs lasarett  
71182 LINDESBERG  
Tfn 0581-85212