

Remitterande läkare/avd	Personnr	
	Namn	
	Adress	
Datum	Tel bostad	Tel arbete

Information som skall läggas in i blodcentralens dator

Leukocytbefriade blodkomponenter	☐ Ja	☐ Nej	Giltig BAS-test t.o.m.	finns	☐ Ja
Bestrålade komponenter	☐ Ja	☐ Nej	Prov för Blodgruppering/BAS-test medföljer		☐ Ja
Annat (ex tvättade komponenter)					
INDIKATION/DIAGNOS:					

Datum	Blodcentralens anteckningar Datum
Läkare/Sjuksköterska	☐ Infört i ProSang P554,P555
Namnförtydligande	Namn-teckning

Denna blankett fylls i av avdelningen. Skickas till blodcentralen.
Originalet förvaras i pärm på blodcentralen.