

Kroniskt transfusionsberoende patient

Formulär till: Specialkrav på blodkomponent till patient AL6630

Kroniskt transfusionsberoende patient

Personnummer	
Namn	
Avdelning	

Diagnos	
Remiss och blodprov för blodgruppering med fenotypsbestämning bifogat	Sign.

Datum: _____

Läkare/sjuksköterska_____
Namnförtydligande

Blodcentralens anteckningar

Datum: _____

-
- Utförd fenotypning
-
-
- Kommentarer registrerade

Namnteckning

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