

TILAAJAN TIEDOT

Asiakas		Asiakasnumero
Tilaajan nimi		Tilaajan puh.
Hoitava lääkäri		Hoitavan lääkärin puh.
Potilaan osasto	Osaston puh.	Tilauspäivä

TILATTAVAT VALMISTEET (tilaus tehdään aina kirjallisena Tilauskeskukseen)

Valmisteet	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
<input type="checkbox"/> Punasolut valkosoluton pesty								
<input type="checkbox"/> Punasolut valkosoluton pesty sädetetty								
<input type="checkbox"/> Punasolut kohdunsisäiseen siirtoon (IU) valkosoluton sädetetty (1 kpl tilaus=toimitetaan 2 x n. 100 ml pussia) *								
<input type="checkbox"/> Koosteveri *								
<input type="checkbox"/> Koosteveri sädetetty *								
<input type="checkbox"/> Valkosolut sädetetty								

Lisätiedot (esim. fenotyyppi)	
Sopivuuskoe	<input type="checkbox"/> Veripalvelussa <input type="checkbox"/> sairaalassa

POTILAAN TIEDOT (pakollinen)

Potilaan nimi	Potilaan hetu
Potilaan diagnoosi (esim. syöpä, elinsiirto)	Onko kyseessä <input type="checkbox"/> aktiivinen vuoto <input type="checkbox"/> ylläpitohoito
Jos tilataan pestyjä valmisteita, onko potilas saanut pestyjä valmisteita aiemmin? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Kummalla indikaatiolla on päädytty pestyihin valmisteisiin? <input type="checkbox"/> IgA-puutos <input type="checkbox"/> vaikea allergistyyppinen verensiirtoreaktio

SIIRTOAIKA

Siirtoaika pvm ja klo

KULJETUSTIEDOT

Toivottu lähtöaika, pvm ja klo	KIIRE <input type="checkbox"/>
Kuljetustapa sovitaan tilauksen yhteydessä	
<input type="checkbox"/> Posti (yli yön kuljetus) <input type="checkbox"/> Linja-auto asemalle <input type="checkbox"/> Linja-auto perille* <input type="checkbox"/> Taksi	
<input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Nouto <input type="checkbox"/> Paikalliskuljetus (Helsinki)	*vaaditaan erillinen sopimus

* Täytä potilaan tiedot kohtaan äidin tiedot, kun kyseessä on IU-punasolut tai lapsi on alle 8 viikon ikäinen.

Tilausohjeet sairaalan osastoille: Tilaukset tehdään sairaalan verikeskukseen.

Tilausohjeet verikeskuksille: Tilauksia vastaanotetaan Veripalvelun tilauskeskuksessa kaikkina vuorokauden aikoina. Lähetä tilaus faksilla **09 454 6245**.

 Tilauskeskus puh. **029 300 1001**, varapuhelinnumero 050 374 2685.

 Lomake löytyy sivulta www.veripalvelu.fi

 Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Härkälenkki 13, 01730 Vantaa, vaihte 029 300 1010, veripalvelu.fi
 Veripalvelu® on rekisteröity tavaramerkki.