

BESTÄLLARENS UPPGIFTER

Kund		Kundnummer
Beställarens namn	Beställarens tfn	Beställningsdatum

BESTÄLLNINGSBARA PRODUKTER (kan beställas direkt utan telefonsamtal, ring alltid till beställningscentret i brådskande fall)

Erythrocytprodukter	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
<input type="checkbox"/> Leukocytbefriade erythrocyter								
<input type="checkbox"/> Bestrålade leukocytbefriade erythrocyter								
<input type="checkbox"/> Leukocytbefriade erythrocyter för barn (1 st. beställning = levereras 1 st. ca 100 ml påse)								
<input type="checkbox"/> Bestrålade leukocytbefriade erythrocyter för barn (1 st. beställning = levereras 1 st. ca 100 ml påse)								
<input type="checkbox"/> Leukocytbefriade erythrocyter för barn (1 st. beställning = levereras set med 3 påsar)								
<input type="checkbox"/> Bestrålade leukocytbefriade erythrocyter för barn (1 st. beställning = levereras set med 3 påsar)								

Fenotypade erythrocytprodukter	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
Blodproduktens namn:								
Fenotyp:								

Trombocytprodukter	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
Leukocytbefriade trombocyter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
till lager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transfusionsdatum	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
st	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Bestrålade leukocytbefriade trombocyter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
till lager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transfusionsdatum	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
st	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

TRANSPORTUPPGIFTER

Önskad avsändningstid, datum och kl.	BRÅDSKANDE <input type="checkbox"/>	TAXI <input type="checkbox"/>
Transportsätt	*krävs särskilt avtal	
<input type="checkbox"/> Posten (transport över natten)	<input type="checkbox"/> Till busstationen	<input type="checkbox"/> Buss ända fram*
<input type="checkbox"/> Flyg	<input type="checkbox"/> Avhämtning	<input type="checkbox"/> Lokal transport (Helsingfors)
Följande schemalagda avtalstransport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Ytterligare uppgifter		

Beställningsanvisningar för sjukhusets avdelningar: Gör beställningen till sjukhusets blodcentral.

Beställningsanvisningar till blodcentralerna: Beställningar tas emot på Blodtjänsts beställningscentra alla tider på dygnet. Sänd beställningen per fax **09 454 6245**. Beställningscentral, tfn **029 300 1001**, reservtelefonnummer 050 374 2685.

 Blanketten finns: www.blodtjanst.fi

 Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Oxlänken 13, 01730 Vanda, växel 029 300 1010, blodtjanst.fi
 Veripalvelu® är ett registrerat varumärke.