

SÄNDNINGSUPPGIFTER

Remitterande sjukhus och avdelning	Vårdenhet/kontaktperson och tel.
Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Brådskande ☐ Meddela alltid om brådskande eller jourtida undersökningar till laboratoriet. *	Provet ankommer i Helsingfors datum _____ kl. _____ ☐ post ☐ buss ☐ flyg ☐ annat
Svaret önskas före datum _____ kl. _____	☐ e-post _____ ☐ fax _____

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA (Du kan också använda personuppgiftsetikett)

Efternamn		Personbeteckning		Diagnos/indikation för blodtransfusion
Förnamn		Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Etnisk bakgrund
ABO	Rh	Tidigare blodtransfusioner ☐ nej ☐ ja, datum ☐ De senaste blodtransfusionerna i bilaga (3 mån period)		Tidigare blodtransfusionsreaktioner ☐ nej ☐ ja, datum
Förlossningar, missfall		Anti-D-skydd, datum	Tidigare konstaterade erytrocytantikroppar	
Bilagor ☐ Screeningresultatet, antigenetabell/lotnummer ☐ Panelresultatet, antigenetabell/lotnummer ☐ Resultatet för oklar ABO/Rh typning ☐ Oförenliga slangsegment/enhetsnummer		Ytterligare uppgifter (t.ex. anti-CD38-terapi under det senaste året, behov av regelbundna blodtransfusioner). Blodtjänsten kan be om mer information om det behövs.		

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR

Om tecken på antikroppar konstateras vid screening av antikroppar, förenlighetsprov eller blodgruppsbestämning, gör vi en antikroppsidentifiering (KL 2955, SPRV 003408).				
☐	KL 2951	SPRV 003450	B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning	☐ SPRV 4933 Blodgruppskort
☐		SPRV 003402	B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning och screening av antikroppar	☐ SPRV 003418 E -Blodgrupp, antigenotypning
☐		SPRV 003408	B -Identifiering av erytrocytantikroppar	☐ SPRV 005910 E -Blodgrupp, omfattande antigenotypning *) Uppgifter om blodtransfusioner från de senaste 3 månaderna ska bifogas
☐	KL 2935	SPRV 003404	B -Förenlighetsprov för blod	☐ SPRV 005291 B -Blodgrupp, utvidgad genotypning, DNA-undersökning *)
☐		SPRV 005971	B -Förenlighetsprov för blod, för nyfödd med blodprov från modern	*) ☐ Förenlighetsrekommendation behövs (innehåller undersökningen 003402)
☐	KL 3015	SPRV 003401	E -Direkt antiglobulinprov	☐ SPRV 005970 Identifiering av erytrocytantikroppar, konsultation
☐		SPRV 003409	B -ABO-antikroppar, IgG och IgM	
Behov av blodtransfusion ☐ nej ☐ ja, förenlighetsprov utförs ☐ hos Blodtjänst ☐ på sjukhus (om möjligt)				
Beställning av blodprodukt				Blodtransfusion/ingrepp (datum, kl.)

IFYLLS AV BLODTJÄNST

Provet anlänt till Blodtjänst	datum	kl.	namnteckning	Ytterligare uppgifter
Svar levererad ☐ sjukhus ☐ beställningscentralen ☐ skickas med blodprodukterna	datum	kl.	namnteckning	
Svar per telefon	datum	kl.	namnteckning	
Velho: ☐ nej ☐ ja _____				

Sändningsanvisningar:

Postadress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Blodgruppsundersökningar, PB 2, 01731 Vanda

e-fax 09 454 6230, veriryhmatutkimukset@veripalvelu.fi

Leveransadress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Mottagning av prover, Blodgruppsundersökningar, Oxlänken 13 C, 01730 Vanda

* Meddela alltid om sändning av brådskande prov tfn. 029 300 1920

Jourtiden (vardagar kl. 16–08, lördagar och helgdagar) tfn. 029 300 1001, e-fax 09 454 6245.

Frågor om provtagning, sändning och transport: Provinfo (må–fr 8–15) tfn. 029 300 1414.

Provtagnings- och sändningsanvisningar samt undersökningsbeskrivningar finns på www.blodtjanst.fi

Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Oxlänken 13, 01730 Vanda, växel 029 300 1010, www.blodtjanst.fi

Veripalvelu® är ett registrerat varumärke.