

**REKVIRERING AV BLODPRODUKT**

 Pasientens navn og fødselsnummer  
(ev. DIPS etikett)

Produktet skal brukes på

Avd./post: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

 Betalende  
avdeling: \_\_\_\_\_

 Blodbankene SSHF  
SSA: Tlf. 37 01 4201  
SSF: Tlf. 38 32 7171  
SSK: Tlf. 38 07 3476

 Er pasienten innlagt i sykehus? Ja  Nei 

Indikasjon for transfusjon / Diagnose / Kliniske opplysninger:

**Når skal det bestilte blodproduktet brukes?**
**Dato/kl.:**

For barn under 3 måneder oppgi:

Mors navn:	
Mors fødselsnr:	
Barnets vekt:	

For premature, fødselsvekt:

**BESTILLINGER:**

Blodprodukt	Enhet	Antall	Bestrålt*	Vasket*
Erytrocyttkonsentrat	Enhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocyttkonsentrat	Terapeutisk enhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Octaplasma®	Enhet (200 mL)			
Utskiftningsblod *	mL			

\* Etter avtale med blodbanken

 Er pasienten gravid eller har hun vært det siste 6 md.? Ja  Nei 

 Har pasienten fått blod tidligere? Ja  Nei 

Hvis ja, har pasienten fått blod andre steder enn ved SSHF? Hvor/når?

 Tidligere påvist antistoff? Ja  Nei  Ev. hvilket antistoff?

 Tidligere transfusjons-  
komplikasjoner? Ja  Nei  Beskriv:

Dato: \_\_\_\_\_ Rekvirerende leges navn: \_\_\_\_\_ Sign. lege / sykepleier: \_\_\_\_\_