

## Specialkrav på blodkomponent till patient

<b>Personnummer</b>	
<b>Namn</b>	
<b>Avdelning</b>	

### Information som skall läggas in i blodcentralens dator:

Bestrålade blodkomponenter      Ja      Nej      T.o.m: \_\_\_\_\_  
            \_\_\_\_\_

**Om inget slutdatum anges gäller kraven tills vidare.**  
**För spädbarn:** Om inget slutdatum anges gäller kraven tills barnet blir 4 månader.

Indikation: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Läkare/sjuksköterska

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Blodcentralens anteckningar

Datum: \_\_\_\_\_

- Krav registrerat  
 P537

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

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