

Beställningssedel för HLA-matchade trombocyter

Formulär till: 18949

**AKADEMISKA
SJUKHUSET****Beställningssedel
för HLA-matchade trombocyter**

Patient namn & personnummer: _____

Diagnos: _____

Immuniserad: ja nej (om denna information saknas, vänligen sänd ett prov tillsammans med remiss för analys av HLA antikroppar och HLA typning till Cellulär immunologi, Klinisk immunologi, UAS)**Inkrementvärde efter 1 timme på de två senaste trombocyttransfusionerna (endast vid förstagsbeställning):**1. Före transfusion: ____ x10⁹/l Efter transfusion: ____ x10⁹/l2. Före transfusion: ____ x10⁹/l Efter transfusion: ____ x10⁹/l

Önskade leveransdatum och tid, då trombocyterna ska finnas hos er:

Datum: _____ Tid: _____

Antal doser, fortsatt planering, ändring eller avbeställning:

Beställande avdelning/mottagning & telnr: _____ Sign _____

Beställningssedel ifylld och faxad från blodcentral _____ Sign _____

Kontaktuppgifter till mottagande blodcentral, telnr: _____

Dagens datum: _____

Denna blankett ska faxas till: 018 - 617 13 29

Använd försättsblad som vi sedan faxar åter som bekräftelse på att beställningen gått fram.

Denna beställningssedel ska användas vid beställning, ändring och avbeställning av HLA-matchade trombocyter. Den ska vara ifylld och signerad från avdelning/mottagning och blodcentral. Blodcentralen faxar sedan denna beställningssedel till patientverksamheten på Akademiska sjukhuset i Uppsala och ska vara oss tillhanda senast **tre dagar** inför beställning, ändring och avbeställning.