

**Specialkrav på blodkomponent till patient**

Formulär till: Specialkrav på komponent till patient AL6630

**Specialkrav på blodkomponent till patient**

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

Ja    Nej    T.o.m:

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Namnteckning\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

## Blodcentralens anteckningar

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

- Krav registrerat
- P537
- Faxat till blodcentral i hemregion (gäller ej spädbarn)

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

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