

Specialkrav på blodkomponent till patient

Formulär till: Specialkrav på komponent till patient AL6630

Specialkrav på blodkomponent till patient

Personnummer	
Namn	
Avdelning	
Hemregion	

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

Namnteckning

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