

Specialkrav på blodkomponent till patient

Formulär till: Specialkrav på komponent till patient AL6630

Specialkrav på blodkomponent till patient

Personnummer	
Namn	
Avdelning	

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.