

Blodbanken

Rekvirering av erythrocyttkonsentrat til kommunehelsetjenesten

PASIENT-ID

Fødselsnummer (11 siffer):	Dato for transfusjon:	
Etternavn, fornavn:	Ca. ønsket klokkeslett for transfusjon:	

	ANTALL ENHETER
Bestilling av erythrocyttkonsentrat:	

<u>Diagnose / Indikasjon:</u>	VIRKSOMHET/INSTITUSJON:	
	Navn:	
	Avd./post:	
Tidligere transfusjoner:	Adresse:	
Tidligere påvist antistoff:	Kontaktperson:	Telefon:
Tidligere transfusjonsreaksjoner:	REKVIRENT Rekvirerende lege (sign.):	Telefon:

Eventuelt andre opplysninger /kommentarer:

.....

.....

.....

.....

TRANSPORT

Transport av erythrocyttkonsentratet må avtales med blodbanken.