

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin - Blodgruppsimmunologi

HELSINGBORG	Charlotte Yhlens gata 10	252 23 Helsingborg
HÄSSLEHOLM	Esplanadgatan 19	281 38 Hässleholm
KRISTIANSTAD	J A Hedlunds väg 5	291 33 Kristianstad
LANDSKRONA	Vattenverksallén 15	261 24 Landskrona (endast viss blodutlämning, prov skickas till LUND för analys)
LUND	Akutgatan 8	222 42 Lund
MALMÖ	Jan Waldenströms gata 77	205 02 Malmö
SIMRISHAMN		Prov skickas till YSTAD för analys
TRELLEBORG	Östervångsvägen 2 C	231 85 Trelleborg
YSTAD	Kristianstadvägen 3	271 82 Ystad
ÄNGELHOLM	Södra vägen 4	262 52 Ängelholm

Provtagning för transfusionsmedicinska laboratorieundersökningar (SOSFS 2009:29)

- 1 Blodprov för transfusionsmedicinska laboratorieundersökningar ska tas av hälso- och sjukvårdspersonal som har utbildning för och är bedömd som kompetent för uppgiften.
- 2 Vid provtagning ska patientens fullständiga identitet styrkas. I de fall den är ofullständig, osäker eller saknas ska fastställda system för tillfällig identifiering användas.
- 3 Provtagningsrör och remiss ska märkas före provtagningen. Märkningen ska överensstämma med patientens identitetsuppgifter.
- 4 I samband med provtagningen ska den som tagit blodprovet dokumentera och med sin underskrift intyga att:
 - identitetskontroll av patienten är utförd.
 - märkning av rör och remiss är fullständig och stämmer överens med patientens identitetsuppgifter.
 Namnunderskriften ska vara läsbar om inte namnförtydligande finns. Glömd underskrift får aldrig kompletteras i efterhand.
- 5 Prover för blodgruppering och förenlighetsprovning ska tas vid två separata tillfällen, men får i akuta fall tas vid samma tillfälle.

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/laboratoriemedicin/>

Utgiven mars 2023 version 7



Blodgruppering, DAT m.m.

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
Blodgruppsimmunologi

Svar till: Kund-kod: Telefon nr: Debiteras: Kund-kod:				Personnummer (12 tecken) - Namn (efternamn, förnamn)																																															
Önskad analys ☐ Blodgr = ABO/RhD/antikr.screen ☐ Antikropps-identifiering ☐ DAT ☐ Mono-DAT ☐ Annat:				Laboratoriets anteckningar																																															
För kvinna	Antal grav.	Antal barn	Pågående graviditet Beräknad partus	Rh-profylax? Datum	Anti-A	Anti-B	Anti-A,B	Anti-D VI-	Anti-D VI+	Anti-D VI+	ctl	A ₁	A ₂	B	O	Tolkning ABO RhD	Satt/ Läst																																		
Tidigare transfusion? Datum: Blodgrupp: Antal:																																																			
Diagnos				Anti-D IAT I: Anti-D IAT II:																																															
Svar önskas klart (op-/transfusionsdatum etc.) Datum: kl.				Blodgruppering i rör Anti-A susp: Anti-B susp: Anti-A orig: Anti-B orig: RhK: Anti-D susp: Anti-D orig: Tolkning ABO RhD: Satt/Läst:																																															
Provtagning Datum: kl.																																																			
ID-kontroll och märkning utförd enligt gällande föreskrifter Namnunderskrift: Namnförtydligande:				<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Poly-DAT gel</th> <th colspan="4">Monospecifik DAT gel</th> <th colspan="2"></th> <th colspan="4">Antikropps-screening</th> </tr> <tr> <td>AHG</td> <td>Satt/ Läst</td> <td>IgG</td> <td>C3d</td> <td>Ctl</td> <td>Satt/ Läst</td> <td></td> <td></td> <td>S1</td> <td>S2</td> <td>S3</td> <td>Satt/ Läst</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>												Poly-DAT gel		Monospecifik DAT gel						Antikropps-screening				AHG	Satt/ Läst	IgG	C3d	Ctl	Satt/ Läst			S1	S2	S3	Satt/ Läst												
Poly-DAT gel		Monospecifik DAT gel						Antikropps-screening																																											
AHG	Satt/ Läst	IgG	C3d	Ctl	Satt/ Läst			S1	S2	S3	Satt/ Läst																																								