|  |  |
| --- | --- |
| Ackrediteringsmärke 1485 SvartRegion Kronoberg_logo_Svart Liggande | **TRANSFUSIONSREKOMMENDATION** |
| **Transfusionsmedicin** | Personnummer |       |
|  | Namn |       |
| **Beställande enhet/Klinik:**      |
| Adress |       |
| Postadress |       |
| Telefon |       |
| [ ]  | **Bestrålade komponenter** p.g.a. |
|  | Från och med | Till och med |
|  | Stamcellsskörd |       |       |
|  | Från och med | Till och med |
|  | Autolog stamcellstransplantation |       |       |
|  | Från och med | Till och med |
|  | Allogen stamcellstransplantation |       |       |
|  | Från och med | Till och med |
|  | Klinikens önskemål |       |       |
| Om klinikens önskemål, anledning |
|       |
| [ ]  Ej bestrålade blodkomponenter | Från och med |
|       |
| [ ]  | **Icke bestrålade blodkomponenter tills vidare** p.g.a. |
|  | Stamcellsskörd utförd/ej aktuell |
|  | Stamcellstransplantation uppskjuten/ej aktuell |
|  | Annat       |
| [ ]  | **HLA matchade, bestrålade trombocyter** tills vidare |
| [ ]  | **Annat** |
| Annat, vad |
|       |
| **Underskrift**För ovanstående information ansvarar |
| Ort och datum |
|       |
| Avdelning |
|       |
| Namnteckning, Leg. Läkare | Namnförtydligande |
|  |       |
|  |