|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
|  | | |  | | |
|  | | | | | |