AVD. FOR IMMUNOLOGI OG TRANSFUSJONSMEDISIN
Stavanger universitetssjukehus
Postboks 8100 - 4068 Stavanger
Telefon 51 51 88 22 / 18 - Telefax 51 51 99 41

NØYAKTIG RETURADRESSE (SKRIV TYDELIG)

Legesenter/ avdeling

Rekvirerende lege

Adresse

Postnr. | Poststed

REKVIRENTS TELEFON | HPR-nr.

Tidligere undersøkelse ☐ Nei ☐ Ja Nr./År .....

Prøvemateriale:
- 6 ml EDTA-blod
- Føtal RHD-typing 2x6 ml EDTA-blod
- Kuldeagglutininer: 6 ml EDTA-blod
  - Rekvirent primæhelsetjenesten: Prøven må tas av avdeling for medisinsk biokjemi, SUS
  - Inneliggende pasienter, SUS: Kontakt avdeling for medisinsk biokjemi, SUS

☐ Innlagt
☐ Polikl.

PASIENTENS FØDSELSNR. (MÅ PÅFØRES)
Dag Mnd. År Personnr.

☐ Kvinne
☐ Mann

NAVN

ADRESSE

FYLKE

DIAGNOSE/AKTUELL PROBLEMSTILLING
MÅ FYLLES UT

☐ Ø-hjelp
☐ Rutine

..... Prøvetakingsdato/kl. Prøvetakers signatur

## ANALYSER

| | |
|---|---|
| ☐ ABO / RH-TYPING | ☐ SVANGERSKAPSUNDERSØKELSE |
| ☐ PRETRANSFUSJONSUNDERSØKELSE | ☐ FØTAL RHD-TYPING |
| ☐ ANTISTOFF UTREDNING: TA 3 GLASS | ☐ NAVLESTRENGSPRØVE |
| ☐ DAT (DIREKTE ANTIGLOBULINTEST) | ☐ KULDEAGGLUTININER |
| ☐ TEG (CITRAT BLOD) | ☐ TITER ANTI-A / ANTI-B |
| ☐ HLA-KLASSE I ANTISTOFF SCREENING | ☐ UTREDNING TRANSFUSJONSREAKSJON |
| | ☐ ANDRE |

## BESTILLING AV PRODUKTER

| | ANT. | DATO |
|---|---|---|
| ☐ ERYTROCYTTKONSENTRAT | | |
| ☐ TROMBOCYTTKONSENTRAT | | |
| ☐ BESTRÅLTE CELLULÆRE PRODUKTER | | |
| ☐ OCTAPLASMA | | |
| ☐ GAMMAGLOBULIN | | |
| ☐ ALBUMIN | | |
| ☐ ANNET | | |

## SVANGERSKAPSKONTROLL: MÅ FYLLES UT

| |
|---|
| TIDLIGERE NAVN |
| |
| TERMIN |
| |
| GRAVIDITET NR. ANTALL ABORTER |
| DATO FOR RHD-PROFYLAKSE |
| |