

AVD. FOR IMMUNOLOGI OG TRANSFUSJONSMEDISIN Stavanger Universitetssjukehus Postboks 8100 - 4068 Stavanger Telefon 51 51 88 22 / 18 - Telefax 51 51 99 41		<input type="checkbox"/> Innlagt <input type="checkbox"/> Polikl.		PASIENTENS FØDSELSNR. (MÅ PÅFØRES) Dag Mnd. År Personnr.		<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	
NØYAKTIG RETURADRESSE (SKRIV TYDELIG)		NAVN		ADRESSE		FYLKE	
Rekvirent/ Lege		Adresse		Postnr.		Poststed	
REKVIRENTS TELEFON		REKV.KODE		DIAGNOSE/AKTUELL PROBLEMSTILLING MÅ FYLLES UT			
Tidligere undersøkelse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Nr./År		Prøvemateriale: Ca. 10 ml EDTA-blod til ABO- og RH-typing Antistoffkontroll Svangerskapskontroll DAT { Ca. 10 ml EDTA/FULLBLOD til kuldeagglutiner { Viktig at plasma/serum avpip v/37°C					
..... Prøvetakingsdato/kl.	 Prøvetakers signatur					

TYPEBESTEMMELSE - ANTISTOFFKONTROLL - BESTILLING

		ANT.	DATO
<input type="checkbox"/> ABO	<input type="checkbox"/> ERYTROCYTTKONSENTRAT		
<input type="checkbox"/> RH-TYPING	<input type="checkbox"/> TROMBOCYTTKONSENTRAT		
<input type="checkbox"/> PRETRANSFUSJONSUNDERSØKELSE	<input type="checkbox"/> BESTRÅLTE CELLULÆRE PRODUKTER		
<input type="checkbox"/> DAT (DIREKTE ANTIGLOBULINTEST)	<input type="checkbox"/> OCTAPLAS		
<input type="checkbox"/> ANDRE	<input type="checkbox"/> GAMMAGLOBULIN		
<input type="checkbox"/> SVANGERSKAPSUNDERSØKELSE	<input type="checkbox"/> ALBUMIN		
<input type="checkbox"/> TEG	<input type="checkbox"/> ANNET		

SVANGERSKAPSKONTROLL: MÅ FYLLES UT

TIDLIGERE NAVN			
TERMIN			
GRAVIDITET NR.		ANTALL ABORTER	
BLODTYPET FØR	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Når?	
BLODTRANSFUSJON	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Når?	
BEHANDLET MED ANTI-D-GAMMAGLOBULIN	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Når?	
ANTISTOFF PÅVIST	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		