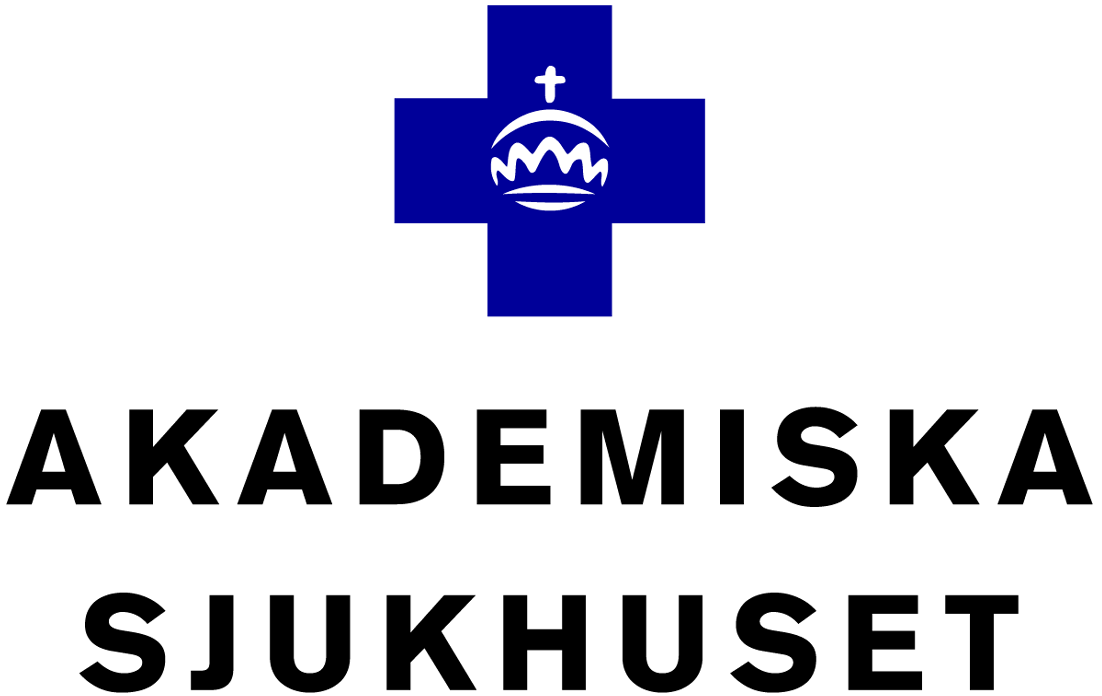
Formulär till: 11637

 **Beställningssedel**

**för HLA-matchade trombocyter**

Patient namn & personnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Immuniserad:** ja ☐ nej ☐ (om denna information saknas, vänligen sänd ett prov för analys av HLA antikroppar och HLA typning till Cellulär immunologi, Klinisk immunologi, UAS)

**Inkrementvärde efter 1 timme på de två senaste trombocyttransfusionerna:**

1. Före transfusion: x109/l Efter transfusion: x109/l
2. Före transfusion: x109/l Efter transfusion: x109/l

Antal doser/tillfälle (1-2) \_\_\_\_\_\_\_\_ vuxen ☐ barn ☐

Önskat leveransdatum: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mån | Tis | Ons | Tors | Fre | Lör | Sön |
| Antal enheter |  |  |  |  |  |  |  |

Fortsatt planering:

Beställande avdelning/mottagning & telnr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sign \_\_\_\_

Transportsätt: ☐ Ordinarie ☐ Omgående

Beställningssedel ifylld och faxad från blodcentral\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_

Kontaktuppgifter till mottagande blodcentral, telnr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dagens datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denna blankett ska faxas till: 018 - 617 13 29

Använd försättsblad som vi sedan faxar åter som bekräftelse på att beställningen gått fram.

Denna beställningssedel ska användas vid beställning, ändring och avbeställning av HLA-matchade trombocyter. Den ska vara ifylld och signerad från avdelning/mottagning och blodcentral. Blodcentralen faxar sedan denna beställningssedel till patientverksamheten på Akademiska sjukhuset i Uppsala och ska vara oss tillhanda senast ***tre dagar*** inför beställning, ändring och avbeställning.

text_sve