

Svar sändes till -adress inklusive postnummer	Personnr:	
Remitterande läkare	Undertecknad har vid provtagningen gjort identitetskontroll enligt Socialstyrelsens gällande föreskrifter	Provtagningsdatum/Tid
Debiteras om annan än svarmottagaren		Namnunderskrift
<input type="checkbox"/> AKUT Svar före:		
Diagnos/orsak	Önskad undersökning	
Pågående medicinering	<input type="checkbox"/> AB0 och RhDgruppering med erythrocytantikroppsscreening <input type="checkbox"/> Immuniseringsundersökning <input type="checkbox"/> Direkt antiglobulintest <input type="checkbox"/> Förenlighetsprovning (BAS-test, M/G-test) <input type="checkbox"/> Utredningsprover Umeå	
Tidigare transfusion <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när: <input type="checkbox"/> Vet ej	Beställning blodkomponenter	
Ev. transfusionskomplikation:	Antal enheter	Anv. datum
För kvinna anges Antal grav: Beräknad partus: Fått anti D-IgG, när:	<input type="checkbox"/> Erythrocyter	_____
För stamcellstransplanterad patient Blodbyte <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när:	<input type="checkbox"/> Plasma	_____
	<input type="checkbox"/> Trombocyter	_____
	<input type="checkbox"/> Benvävnad	_____
	(ej ackrediterad verksamhet)	

Akutgruppering

Gruppering av BLODKROPPAR med						Tolkad blodgrupp:
anti-A	anti-B	anti-D	AB-serum	D-svag	DAT	

Antikroppsundersökning

R1	R2	R3	RB1	RB2	RB3	RB4

Giltig from 2021-06-08

Antikroppsundersökning 1					
	S ₁	S ₂	S ₃	S ₄	E
Cellstab +37°C					
Cellstab IAT					
PEG/IAT gel					

	U ₁	U ₂	U ₃
Köldantikropps screen	A ₁	S ₄	

Gruppering av PLASMA/SERUM med				BLODKROPPAR med			
A ₁ -blkr	A ₂ -blkr	B-blkr	O-blkr	anti-A	anti-B	AB-kontroll	Anti-A,B

Direkt antiglobulintest				
rör AHG	rör IgG	rör C3d	gel IgG	gel C3d