

# Blodbanken

## Rekvirering av erythrocyttkonsentrat til kommunehelsetjenesten

### PASIENT-ID

Fødselsnummer (11 siffer):	Dato for transfusjon:	
Etternavn, fornavn:	Ca. ønsket klokkeslett for transfusjon:	

	ANTALL ENHETER
Bestilling av erythrocyttkonsentrat:	

<u>Diagnose / Indikasjon:</u>	<b>VIRKSOMHET/INSTITUSJON:</b>	
	Navn:	
	Avd./post:	
Tidligere transfusjoner:	Adresse:	
Tidligere påvist antistoff:	Kontaktperson:	Telefon:
Tidligere transfusjonsreaksjoner:	<b>REKVIRENT</b> Rekvirerende lege (sign.):	Telefon:

### Eventuelt andre opplysninger /kommentarer:

.....

.....

.....

.....

### TRANSPORT

Transport av erythrocyttkonsentratet må avtales med blodbanken.