

Skráið nafn læknis sem pantar blóðhlutana

Skráið deild sendanda. Skráið einnig deild sem greiðir og viðtakanda ef annar en sendandi

Skráið fullt nafn og fulla kennitölu sjúklings

Mikilvægt er að fá upplýsingar um fyrri líffæraígræðslur sjúklings og hvort hann gæti hafa myndað vefjaflokkunarmótefni (eftir líffæraígræðslu, blóðinngjöf eða meðgöngu)

Persónuvottun: Sá sem tekur sýnið kvittar fyrir að hafa tekið sýni úr réttum sjúklingi

Merkið við þær rannsóknir sem óskað er eftir fyrir sjúklinginn

Passið að fylgja vel athugasemdum um hverja rannsókn

Fyrir mögulega líffæragjafa er mikilvægt að á beiðninni sé tenging við mögulegan þega

SPÍTALI | **Beiðni til vefjaflokkunardeildar Blóðbankans**

Persónuupplýsingar

Greiddandi rannsóknir: _____ (Deild/heilbrigðisstofnun)
Greiðandi rannsóknir: _____ (Ef annar en beiðandi)
Viðtakandi svars: _____ (Ef annar en beiðandi)

Tenging blóðhluta? Nei Já
Líffæraígræðsla? Nei Já
Hvar: _____
Sýni: Nei Já, hvenær? _____

Fyrri meðgöngur? Nei Já
Blóðskilun? Nei Já
Annað: _____

Undirritaður vottar að sýnið sé úr þeim sjúklingi sem skráður er á beiðni Dags. _____ Kl. _____

Rannsókn	Blóðsýni	Athugasemdir
<input type="checkbox"/> Leit að lifandi nýrnagjafa	4 x 4 ml EDTA, 1 x 4 ml heilblóðs án andstorkuefna og gels	<ul style="list-style-type: none">Sýni úr þega og öllum gjöfum verða jafnframt þarf að senda beiðni og sýni til blóðflokks.Jafnframt þarf að senda beiðni og sýni til blóðflokks.Sýni úr þega og öllum gjöfum verða að berast á sama tíma, jafnframt þarf að senda beiðni og sýni til blóðflokks.
<input type="checkbox"/> Leit að látnum líffæragjafa	4 x 4 ml EDTA, 1 x 4 ml heilblóðs án andstorkuefna og gels	
<input type="checkbox"/> Líffæragjafa	1 x 4 ml EDTA	
<input type="checkbox"/> HLA mótefnaskimun	1 x 4 ml EDTA, 1 x 4 ml heilblóðs án andstorkuefna og gels	
<input type="checkbox"/> Vefjaflokkun B27	1 x 4 ml EDTA	
<input type="checkbox"/> Vefjaflokkun DR	1 x 4 ml EDTA	
<input type="checkbox"/> Annað	Hafið samband við vefjaflokkunardeild	

Undirbúningur fyrir líffæra/stofnfrumflutninga (fyllið aðeins út fyrir gjafa)

Tegund líffæragjafa: _____ Skráning: _____
Nafn þega: _____ Kennitala þega: _____

BLÓÐBANKINN Ath! Útyllist af starfsfólki Blóðbankans
105 Reykjavík, sími 543 5524/543 5500, fax 543 5532, www.blodbankinn.is

Móttekið í Blóðbanka _____ Dags. _____ Kl. _____
 Skráð í tölvakerfi _____ Dags. _____ Kl. _____

Stríkamerki vefjaflokkun | Stríkamerki HLA krosspróf | Stríkamerki HLA mótefnaskimun

