

Potilaan nimi	Tilaava sairaala ja osasto	Osaston puh. nro	
Henkilötunnus	Tilauksen tekijä	Potilaan veriryhmä	
Potilaan tunnustaneen henkilön nimikirjoitus	Suunniteltu verensiirtoaika, pvm:	Potilas menossa leikkaukseen pvm:	
Tilasta koskevia lisätietoja:			
Aikaisemmat verensiirrot / raskaudet	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Ei tietoa <input type="checkbox"/>
Veriryhmävasta-aineet	Kyllä <input type="checkbox"/> , vasta-aine:	Ei <input type="checkbox"/>	
Kantasolusiirto	Kyllä <input type="checkbox"/> pvm	Ei <input type="checkbox"/>	
Maksansiirto	Kyllä <input type="checkbox"/> pvm	Ei <input type="checkbox"/>	
Anti-D-suojaus	Kyllä <input type="checkbox"/> pvm	Ei <input type="checkbox"/>	Ei tietoa <input type="checkbox"/>
Verituotteiden tilaus:			
punasolut <input type="checkbox"/> _____ kpl (valkosoluton)	trombosyytit <input type="checkbox"/> _____ kpl (valkosoluton, 4 luov. yks.)	Octaplas <input type="checkbox"/> _____ kpl	
muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> _____ kpl		sädetys <input type="checkbox"/>	
Kiireellinen <input type="checkbox"/>	Ei kiireellinen <input type="checkbox"/>	Varalle <input type="checkbox"/> (voimassa 2 vrk suunnitellusta toimenpiteestä)	Hätätapaus <input type="checkbox"/>

Satshp verikeskus täyttää:

Veriryhmän tark:

Pvm:

Allekirjoitus:

Veriryhmä

Veriyksikön numero

Sopivuuskoe
+37C AHG

Huomautukset
