

## Verituotteiden tilaus

puh. 044 7077326, fax 02 6277329

Potilaan nimi	Tilaava sairaala ja osasto	Osaston puh. nro	
Henkilötunnus	Tilauksen tekevä lääkäri	Potilaan veriryhmä	
Potilaan tunnustaneen henkilön nimikirjoitus	Suunniteltu verensiirtoaika, pvm:	Potilas menossa leikkaukseen pvm:	
Tilausta 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"/>
<b>Verituotteiden tilaus:</b>			
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"/>	
<b>Kiireellinen</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ei kiireellinen</b> <input type="checkbox"/>	<b>Varalle</b> <input type="checkbox"/> (voimassa 2 vrk suunnitellusta toimenpiteestä)	<b>Hätätapaus</b> <input type="checkbox"/>

### Satshp verikeskus täyttää:

Veriryhmän tark:

Pvm:

Allekirjoitus:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veriryhmä

Veriyksikön numero

Sopivuuskoe  
+37C AHG

Huomautukset

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_