



Potilaan nimi	Lähettävä yksikkö
Henkilötunnus	Pvm.
Nimen muutokset	

Esitiedot

Veriryhmävasta-aineet	<input type="checkbox"/> Ei ole todettu <input type="checkbox"/> On todettu	Mitä ja milloin?
Aikaisemmat verensiirrot	<input type="checkbox"/> Ei ole ollut <input type="checkbox"/> On ollut.	Milloin viimeksi?
Raskaudet ja keskenmenot	<input type="checkbox"/> Ei ole ollut <input type="checkbox"/> On ollut	Milloin?
Verensiirtokomplikaatiot	<input type="checkbox"/> Ei ole todettu <input type="checkbox"/> On todettu	Mitä ja milloin?
Allogeeninen luuydinsiirto tehty	Pvm.	Luovuttajan veriryhmä Rh (D)

Vastasyntyneitä varten

Aidin nimi	Äidin henkilötunnus
Äidin veriryhmä Rh (D)	Äidin vasta-aineet

Näytteenottaja	Näytteenottajan allekirjoitus
----------------	-------------------------------

Laboratorio täyttää**Veriryhmä**

Veriryhmä Rh (D)	Veriryhmävasta-aineet <input type="checkbox"/> Ei todettu <input type="checkbox"/> Todettu Mitä/ Pvm E –Coomb-O <input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen
Verensiirrossa huomioitavaa	
Päiväys ja määrityksen tekijän allekirjoitus	

HUOMAUTUS

Veriryhmämääritys ja vasta-aineseulonta tulee tehdä hyvissä ajoin ennen verensiirtoa, jotta mahdolliset vasta-aineet ehditään tunnistaa. Veriryhmä ja sopivuuskoeäytteet tulee ottaa eri kerroilla ja eri henkilön toimesta tunnistusvirheiden välttämiseksi.