Rapport vid given Rh-profylax

För barnmorskemottagning/kvinnosjukvården		
Personnummer		
Namn		
Beräknad partus (ÅÅÅÅ-MM-DD)		
Rh-profylax given	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Signatur
Avdelning/mottagning		

Ifylld rapport skickas snarast till Blodcentralen Karlstad via internpost, märk kuvertet ”Blodcentralen, Centralsjukhuset Karlstad”.

Blodcentralens anteckningar
Textregistrering i ProSang har utförts enligt ***Fetal RhD genotypning, hantering av prov och svar på blodcentralen (RUT-21824).*** Datum/signatur: _____
Rh-profylax given, datum enligt ovan. **Vid blodbehov utför RhD-negativ BAS-test.** **Endast D-, Du-, E- samt C- erytrocytenheter får reserveras till patient.** Giltig till och med (ÅÅÅÅ-MM-DD)*:_____ Signatur:_____ **I första hand 6 månader efter beräknad partus. Om beräknad partus saknas; 6 månader efter given Rh-profylax*
Rapport förvaras på personnummer i AK-pärm och får gallras när giltighetstiden passerats (arbetsdokument).

Utarbetad av: Karin Holst