

Personnr \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

## Ordinationsunderlag och Transfusionsplan

### 1. Delaktiga vid vårdplanens upprättande

- Patient    Närstående    Läkare slutenvården    Läkare närsjukvården  
 Rådgivningsgruppen sjuksköterska/läkare  
 Sjuksköterska kommunen    Annan \_\_\_\_\_

### 2. Riskbedömning

Information av läkare till patient och närstående om de särskilda risker som en blodtransfusion utanför slutenvården innebär är obligatorisk.

Ev. särskilda observandum:

info given

### 3. Ordination

Typ av blodkomponent \_\_\_\_\_

Antal blodenheter \_\_\_\_\_

Transfusionstid per blodenhet \_\_\_\_\_

Ordinationen gäller datum \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

### 4. Undersökning före transfusion

Obligatoriska kontroller är temp, puls och blodtryck

Ytterligare kontroller behövs enligt följande \_\_\_\_\_

### 5. Övervakning

Övervakning enligt Rutin för blodtransfusion i kommunal hälso- och sjukvård är obligatorisk. Det innebär övervakning av sjuksköterska under transfusionen. De närmaste två timmarna efter transfusionen kan övervakningen skötas av sjuksköterska eller annan befattningshavare. Sjuksköterska skall finnas tillgänglig även under de närmaste två timmarna efter transfusionen. Närstående kan också överta övervakning om de fått information om vilka åtgärder som ska vidtas vid en eventuell komplikation.

Ytterligare övervakning behövs enligt följande: \_\_\_\_\_

**6. Undersökning efter transfusion**

Obligatorisk undersökning är puls och blodtryck 1 gång i direkt anslutning.

Ytterligare kontroller behövs enligt följande \_\_\_\_\_

**7. Läkartillgänglighet**

Ansvarig läkare som ska finnas tillgänglig per telefon och kontaktas vid komplikationer eller vid frågor som rör transfusionen:

Namn \_\_\_\_\_ Enhet/avd \_\_\_\_\_

Tel.nr \_\_\_\_\_ Mobilnr. \_\_\_\_\_

**8. Fortsatt behandling**

Ytterligare blodtransfusion planeras

Blodprover skall tas enligt följande:

Prover \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Underskrift av ordinerande läkare**

Datum \_\_\_\_\_ Namn \_\_\_\_\_

**Sjuksköterska**

Ansvarig för transfusionsplanens upprättande:

Namn \_\_\_\_\_ Enhet \_\_\_\_\_

Tel.nr. \_\_\_\_\_ Mobilnr. \_\_\_\_\_

**Uppföljning sjuksköterska**

Planerad uppföljning av sjuksköterska t.ex. i form av uppföljande samtal:

\_\_\_\_\_

**Ordination på åtgärder vid komplikationer finns tillgängliga för ansvarig sjuksköterska. Finns i ”Generella behandlingsanvisningar för ordination av läkemedel till patienter i kommunal hälso- och sjukvård”.**