

Datum

.....

**Socialstyrelsen
Tillsynsavdelningen
106 30 STOCKHOLM**
Blodverksamhet

Namn på blodcentralen			
Utdelningsadress			
Postnummer	Postort		
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-postadress	
Uppgiftslämnarens namn			Avser verksamhetsår

Totalt antal helblodsenheter och blodkomponenter som bearbetats

Orsakerna till de allvariga avvikande händelserna, som kunnat påverka blodkomponentens kvalitet och säkerhet

Avvikelse avseende	Totalt antal	Fel på produkt antal	Fel på utrustning antal	Handhavandefel antal	Annat (specificera) antal
Helblodstappning
Aferestappning
Kontroll av tappat blod
Framställning
Förvaring
Distribution
Material
Annat (specificera)

Övriga upplysningar