



فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی در شرایط اورژانس



این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:

نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:

نمونه خون بیمار:	مشخصات نمونه گیر:
تهیه و قبل از تزریق ارسال شد <input type="checkbox"/>	امضاء:
ارسال نشد <input type="checkbox"/>	تاریخ و ساعت نمونه گیری:

علت درخواست خون اورژانس:

تاریخ درخواست:

گروه خون بیمار:

ساعت درخواست:

مطلع نمودن بانک خون:

درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم

تکمیل و ارسال فرم به بانک خون

زمان نیاز به خون:

الف) بلافاصله پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار - گروه خون O منفی به ویژه به بیماران خانم در سن باروری (بدون انجام گروه خون و تکنیک اسپین فوری (IS))

ب) ۱۰-۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار، تعیین Rh, ABO, تکمیل انجام اسپین فوری (IS)، تحویل خون و سپس انجام کراس مچ استاندارد

اینجانب..... پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس را می‌پذیرم.

امضاء و مهر نظام پزشکی:

توجه: ● کراس مچ استاندارد از زمان دریافت درخواست و نمونه توسط بانک خون، ۶۰-۴۵ دقیقه زمان می‌برد.

● پس از ارسال فرآورده در هر دو مورد فوق بایستی بلافاصله کراس مچ استاندارد شروع شده و در صورت مشاهده هر گونه ناسازگاری به بخش اطلاع رسانی صورت گیرد.

نام فرآورده مورد نیاز:

تعداد: (PRBC)

تعداد: (Whole Blood)

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت درخواست و نمونه: ---/---/--- ساعت دریافت درخواست و نمونه: ---/---/---

فرد تحویل گیرنده:

مشخصات فرآورده ارسالی:

گروه خون و Rh براساس برچسب سازمان انتقال خون:

شماره (های) اهدا:

تعداد واحد ارسالی:

خصوصیات ظاهری کیسه: مناسب

نام شخص ارسال کننده:

تاریخ ارسال کیسه:

ساعت ارسال:

نام شخص تحویل گیرنده:

امضاء:

این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال گردد.