



درخواست خون و فرآورده های خونی
مسئول تکمیل فرم : - پرستار و پزشک در خواست کننده
- فرد نمونه گیر



قسمت های ذیل توسط پزشک و پرستار درخواست کننده تکمیل شود :

مشخصات بیمار:

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:

سابقه:

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق می باشد؟

بله خیر نام دارو :

نحوه تجویز :

سابقه تزریق در ۳ ماه گذشته :	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>
سابقه حاملگی در ۳ ماه گذشته :	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>
سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون :	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>
سابقه وجود آنتی بادی غیر منتظره در سرم :	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده

تشخیص بیماری :

علت نیاز به خون یا فرآورده کدام یک از موارد زیر می باشد.

کم خونی مزمن <input type="checkbox"/>	کم خونی حاد <input type="checkbox"/>	نقص در تعداد پلاکت <input type="checkbox"/>	نقص در عملکرد پلاکت <input type="checkbox"/>
خونریزی <input type="checkbox"/>	نقص سیستم انعقاد <input type="checkbox"/>	عمل جراحی (نوع عمل) <input type="checkbox"/>	سایر علل ذکر شود :

در صورت درخواست فرآورده های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl

در صورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت $10^9/l$

گروه خون و Rh بیمار (در صورت مشخص بودن) :

فرآورده های درخواستی:

<input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم	Red Blood Cells	تعداد واحد	<input type="checkbox"/> خون کامل	Whole Blood (WB)	تعداد واحد
<input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم لکوسیت	leukoreduced RBC	تعداد واحد	<input type="checkbox"/> پلاسمای تازه منجمد	Fresh Frozen Plasma (FFP)	تعداد واحد
<input type="checkbox"/> کیسه خون اطفال		تعداد واحد	<input type="checkbox"/> رسوب کرایو	CryoPrecipitate (AHF)	تعداد واحد
<input type="checkbox"/> گلبول قرمز شسته شده	تعداد دفعات شستشو:	تعداد واحد	<input type="checkbox"/> پلاسمای فاقد کرایو	Cryo Poor Plasma (CPP)	تعداد واحد
<input type="checkbox"/> سایر فرآورده ها و یا ویژگی های خاص فرآورده		تعداد واحد	<input type="checkbox"/> پلاکت	Platelet (PLT)	تعداد واحد

(با ذکر نام)

* توجه: در صورتیکه پلاکت درخواستی از نوع پلاکت فرزیس باشد، فرم مخصوص آن باید تکمیل گردد

* هدف از درخواست خون : الف: رزرو خون ب: آماده سازی خون جهت تزریق ج: تزریق پس از رزرو

تاریخ و ساعت نیاز به خون یا فرآورده:	مدت زمان یا سرعت توصیه شده برای تزریق خون و فرآورده :	تست های آزمایشگاهی مورد درخواست:	گروه خون و Rh <input type="checkbox"/>	پزشک معالج:	درخواست کننده :
غربالگری آنتی بادی <input type="checkbox"/>	کراس میچ <input type="checkbox"/>	امضاء و مهر نظام پزشکی :	تاریخ:	ساعت خونگیری:	امضاء :

این قسمت توسط نمونه گیر تکمیل شود

اینجانب تایید می نمایم که نمونه خون از بیمار با مشخصات قید شده در این فرم اخذ شده و شناسایی از طریق پرسش مستقیم از بیمار و یا مشاهده میچ بند حاصل شده و نمونه در همان زمان برچسب زده شده است.

نام:	نام خانوادگی:	پرستار <input type="checkbox"/>	پرسنل آزمایشگاه <input type="checkbox"/>
نام:	تاریخ خونگیری:	ساعت خونگیری:	امضاء :

این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه صورتی رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد. در مواقع نیاز به خون اورژانس (کمتر از ۳۰ دقیقه) به جای این فرم، فرم درخواست خون و فرآورده اورژانس به شماره 00.TM.097.FRM/02 تکمیل شود.