



فرم درخواست پلاکت فرزیس



مسئول تکمیل فرم: - پزشک درخواست کننده

- مسئول پلاکت فرزیس و پزشک پلاکت فرزیس

این قسمت توسط پزشک درخواست کننده پلاکت فرزیس تکمیل شود:

نام بیمارستان یا مرکز درخواست کننده پلاکت فرزیس: شهر:

برای بیمار زیر نیاز به پلاکت از نوع آفرزیس پلاکت اشعه داده شده پلاکت فاقد لکوسیت می باشد:

| | | | | |
|----------------|-----------------------------------|-------------|---------|---|
| نام خانوادگی: | نام پدر: | تاریخ تولد: | کد ملی: | جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن |
| استان: | شهر: | بیمارستان: | بخش: | شماره پرونده: |
| تاریخ درخواست: | تاریخ مورد نظر جهت تزریق فرآورده: | بیماری: | | |

علت درخواست: تشخیص بیماری:

| مقدار پلاکت بیمار | گروه خونی و Rh بیمار | HLA بیمار در صورت انجام | میزان پلاکت مورد نیاز (واحد) |
|-------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|
| | | | |

لازم به ذکر است هر واحد پلاکت آفرزیس معادل ۶-۵ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است:

| ردیف | اهدانندگان معرفی شده به سازمان انتقال خون ایران از قرار زیر می باشد: |
|------|--|
| ۱ | نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh |
| ۲ | نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh |
| ۳ | نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh |
| ۴ | نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh |

در صورت ذکر شمارش پلاکتی برای اهدانکننده لطفا برگه آزمایش آن نیز ضمیمه این فرم شود.

نام پزشک: تلفن تماس پزشک:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

این قسمت در بخش پلاکت فرزیس تکمیل شود:

اینجانب ----- تایید می نمایم که فرآیند پلاکت فرزیس برای اهدانکننده ----- در مرکز پلاکت فرزیس ----- انجام شد و تعداد ----- واحد (کیسه) فرآورده پلاکت تهیه و به ----- تحویل داده شد.

تعداد تخمینی پلاکت در هر کیسه: تاریخ تحویل فرآورده: امضاء مسئول پلاکت فرزیس: ساعت تحویل فرآورده: امضاء پزشک مسئول پلاکت فرزیس:

* توجه: 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.