



فرم درخواست خون و فرآورده های آن توسط بانک خون بیمارستانها از واحد پخش خون پایگاههای انتقال خون



مسئول تکمیل فرم :

۳- فرد تحویل گیرنده فرآورده در بانک خون

۲- نماینده بیمارستان جهت تحویل گرفتن فرآورده از پایگاه

۱- مسئول بانک خون

استان :

شهرستان :

نام بیمارستان یا مرکز درمانی :

تاریخ و ساعت درخواست :

درخواست جهت تکمیل ذخیره بانک خون

ملاحظات	موجودی بانک خون	جمع	AB ⁻	AB ⁺	B ⁻	B ⁺	A ⁻	A ⁺	O ⁻	O ⁺	خون و فرآورده های آن
											خون کامل (WB)
											گلبول سرخ متراکم (RBC)
											گلبول سرخ کم لکوسیت (LRBC)
											کیسه اطفال (Pediatric RBC)
											پلاکت (PLT)
											پلاکت کم لکوسیت (LR.PLT)
											پلاسمای تازه منجمد (FFP)
											پلاسمای بدون کرایو (CPP)
											کرایو (CRYO)

تکمیل توسط مسئول بانک خون

درخواست تحویل فرآورده های اختصاصی *

نام فرآورده	اشعه داده شده	شسته شده	CMV (Ag) Negative	Pooled PLT	تاریخ تزریق
الف- فرآورده های اختصاصی RBC				-----	
ب- فرآورده های اختصاصی پلاکت			-----		
ج- سایر فرآورده های اختصاصی					

* برای درخواست این فرآورده ها باید از قبل با واحد پخش پایگاه انتقال خون هماهنگی شود .

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول بانک خون :

تکمیل توسط نماینده بیمارستان جهت تحویل گرفتن فرآورده از پایگاه

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد تحویل گیرنده فرآورده از پایگاه :

تکمیل توسط فرد تحویل گیرنده فرآورده در بانک خون

تاریخ و ساعت دریافت فرآورده از پایگاه انتقال خون :

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد تحویل گیرنده فرآورده در بانک خون :
تمام فرآورده های دریافتی شمارش و با رسید چاپی مطابقت داده شد :

بلی خیر

ساعت و تاریخ تحویل فرآورده به بانک خون :

تصوه : در صورت مشاهده هرگونه مغایرت در تعداد و یا شماره کیسه فرآورده های دریافتی با رسید چاپی توزیع فرآورده ، بلافاصله با واحد پخش خون پایگاه انتقال خون تماس بگیرید .