

شهر:	استان:		بیمارستان / مرکز درمانی:	
بخش:	نام پدر:	نام و نام خانوادگی بیمار:		
کد ملی: (در صورت دسترسی)	شماره پرونده بیمار:			
تاریخ تولد:	گروه خون و Rh بیمار:			
نام فرآورده درخواستی توسط پزشک	و تعداد:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>		
	نام و نام خانوادگی ارسال کننده:	تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده:		
	امضاء:	ساعت و تاریخ ارسال فرآورده:		
	نام فرد تحویل گیرنده:	نام فرآورده		
		شماره کیسه		
		تاریخ انقضا		
		گروه خون و Rh		
		فرآورده ارسالی		

\* پرستار محترم: لطفاً ترتیب تزریق فرآورده‌های فوق را با توجه به شماره کیسه در ستون صورتی رنگ مشخص نمایید.

<b>قسمتهای پایین توسط پرستار تکمیل شود:</b>										
علائم حیاتی بیمار	تپان	تنفس	فشار خون	درجه حرارت	تعداد نبض	تعداد تنفس	حال عمومی	تاریخ تزریق خون:	ساعت شروع تزریق:	ساعت پایان تزریق:

توجه: پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:		آیا هویت دریافت کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات میچ بند و شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه(های) خون با اطلاعات موجود بر روی فرم مشخصات فرآورده ارسالی همخوانی دارد؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:		تاریخ انقضای فرآورده(ها): مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> توضیحات:	
بررسی وضعیت ظاهری کیسه(ها): مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> امضا:		کنترل شد نام و نام خانوادگی تزریق کننده:		کنترل شد نام و نام خانوادگی شاهد:	
در صورت عدم تأیید هر یک از موارد فوق، به هیچ وجه خون را تزریق ننموده و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک همو ویزانس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.		ساعت تحویل کیسه(ها) به بخش بیمارستان:		تاریخ تحویل کیسه(ها) به بخش: ساینز بارنگ سرسوزن مورد استفاده:	
مهم: * کراپو پس از ذوب شدن فقط حداکثر تا ۶ ساعت در دمای اتاق قابل نگهداری و مصرف است.		* چنانچه پلاسماي تازه منجمد (FFP) پس از ذوب شدن مورد استفاده قرار نگیرد، می توان آن را در یخچال در دمای ۱ تا ۶ درجه سانتی گراد گذاشت و تا ۲۴ ساعت، هنوز هم به عنوان پلاسماي تازه مورد استفاده قرار داد.		* * توجه: لطفاً این فرم را انتهای تزریق نگهاری شود. زمانیکه تزریق خون انجام شد و یا بنا به عللی تزریق نگردید پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید.	
در صورت تزریق فرآورده قسمت زیر تکمیل شود:		در صورت عدم تزریق و یا برگشت فرآورده به بانک خون علت در ذیل ذکر گردد:		تاریخ تزریق خون:	
ساعت شروع تزریق:		ساعت پایان تزریق:		حجم فرآورده تزریق شده:	
*		آیا تزریق فرآورده خون با بروز عارضه همراه بوده است؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. نسخه سبز رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی و صورتی به همراه فرآورده به بخش ارسال گردد. پس از انجام تزریق و تکمیل فرم، نسخه اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخه صورتی رنگ نیز به بانک خون برگردانده شود.