



فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی به طور اورژانس (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه)



مستول تکمیل فرم : ۱- پزشک معالج ۲- پرسنل بانک خون

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 :

- تهیه و قبل از تزریق ارسال شد
- ارسال نشد

علت درخواست خون اورژانس :

تاریخ درخواست : 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 :

- بلافاصله پس از درخواست پزشک (بدون کراس میچ)

- ۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست (تعیین Rh, ABO و کراس میچ)

*اینجانب: پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس: بدون کراس میچ بدون تعیین گروه Rh و ABO را می‌پذیرم. امضاء و مهر نظام پزشکی :

نام فرآورده مورد نیاز :

- تعداد: RBC
- تعداد: Whole Blood

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود :

تاریخ دریافت درخواست --- / --- / --- ساعت دریافت درخواست --- / ---

مشخصات فرآورده ارسالی :

گروه خون و Rh براساس برچسب سازمان انتقال خون : تعداد واحد ارسالی :

شماره (های) اهدا :

خصوصیات ظاهری کیسه : مناسب

نام شخص ارسال کننده :

امضاء:

تاریخ ارسال کیسه :

ساعت ارسال :

نام شخص تحویل گیرنده :

امضاء:

* 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 جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.