



| | | | |
|--|--|--|--|
| تاریخ انقضا فرآورده: | | نام فرآورده: | |
| Antibody screening: | | شماره کیسه: | |
| Cross match: | | گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون: | |
| تاریخ انجام آزمایش: | | گروه خون و Rh بیمار: | |
| بخش: | | بیمارستان / مرکز درمانی: | |
| شهر: | | استان: | |
| گد ملی: | | نام پدر: | |
| تاریخ تولد: | | شماره پرونده بیمار: | |
| تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده: | | جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> | |
| نام و نام خانوادگی انجام دهنده آزمایش: | | نام فرآورده درخواستی توسط پزشک: | |
| نام و نام خانوادگی ارسال کننده: | | ساعت و تاریخ ارسال فرآورده: | |
| امضاء: | | نام فرد تحویل گیرنده: | |
| قسمت های پایین توسط پرستار تکمیل شود: | | | |
| شماره پرونده: | | شماره پرونده بیمار مجدداً مطابقت داده شود: | |
| تاریخ تحویل کیسه به پخش: | | ساعت تحویل کیسه به پخش بیمارستان: | |
| سایز یا رنگ سرسوزن مورد استفاده: | | مهم: | |
| در صورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر گردد: | | | |
| در صورت تزریق فرآورده قسمت زیر تکمیل شود | | در صورت عدم استفاده از این فرآورده، آن را سریعاً به بانک خون عودت دهید. فرآورده RBC حداکثر می تواند ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۴-۲۰ پس از خروج از بانک خون در پخش نگهداری شود. | |
| علائم حیاتی بیمار | | درجه حرارت | |
| فشار خون | | تعداد نبض | |
| تعداد تنفس | | تعداد عمومی بیمار | |
| ظاهر ادرار (در صورت داشتن) | | سوند از نظر خونی بودن و حجم) | |

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. نسخه سبز رنگ در بانک خون مانده و نسخه اصلی و صورتی به همراه فرآورده به پخش 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.