فرم نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد(FFP)- پلاکت-کرایوپرسیپیتیت

مسئول تکمیل فرم : پرستار یا پرستاران ناظر بر تزریق

فرم مشخصات فرآورده ارسالی از بانک خون

قسمت فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

بیمارستان/ مرکز درمانی: | استان: | شهر:

توجه: پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمائید:

مشخصات بیمار و وضعیت فرآورده ارسالی

آیا هویت دریافت کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مچ بند و شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟

بلی ☐ خیر ☐ توضیحات :

نام و نام خانوادگی بیمار : | نام پدر : | بخش:

شماره پرونده بیمار: | کد ملی : (در صورت دسترسی)

گروه خون و Rh بیمار: | تاریخ تولد:

جنسیت : زن ☐ مرد ☐ | نام فرآورده درخواستی توسط پزشک و تعداد :

تاریخ و ساعت نیازبه تزریق خون یا فرآورده :

آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه(های) خون با اطلاعات موجود برروی فرم مشخصات فرآورده ارسالی همخوانی دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ توضیحات :

تاریخ انقضای فرآورده(ها) : مناسب ☐ نامناسب ☐ توضیحات :

بررسی وضعیت ظاهری کیسه(ها) : مناسب ☐ نامناسب ☐

☐ کنترل شد نام و نام خانوادگی تزریق کننده : امضا :

☐ کنترل شد نام ونام خانوادگی شاهد : امضا :

در صورت عدم تائید 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 ویژلانس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.

ثبت تاریخ و ساعت تحویل و تزریق فرآورده ارسالی و حجم تزریق شده

تاریخ تحویل کیسه(ها) به بخش: | ساعت تحویل کیسه(ها) به بخش بیمارستان:

سایز یارنگ سرسوزن مورد استفاده :

مهم:*کرایو پس از ذوب شدن فقط حداکثر تا ۶ ساعت در دمای اتاق قابل نگهداری و مصرف است .

*** چنانچه پلاسمای تازه منجمد (FFP) پس از ذوب شدن مورد استفاده قرار نگیرد، می‌توان آن را در یخچال در دمای ۱ تا ۶ درجه سانتی‌گراد گذاشت و تا ۲۴ ساعت، هنوز هم به عنوان پلاسمای تازه مورد استفاده قرار داد.**

توجه : *لطفا این فرم تا انتهای تزریق نگهداری 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

نام فرآورده	شماره کیسه	تاریخ انقضا	گروه خون و Rh فرآورده ارسالی	*ترتیب تزریق

نام و نام خانوادگی ارسال کننده: | نام فرد تحویل گیرنده: | امضاء:

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

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 فرآوردهٔ خون با بروز عارضه همراه بوده است ؟ بلی ☐ خیر ☐

قسمتهای پایین توسط پرستار تکمیل شود:

علائم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	حین تزریق اولین فرآورده	حین تزریق دومین فرآورده	حین تزریق سومین فرآورده	حین تزریق چهارمین فرآورده	حین تزریق پنجمین فرآورده	۴ ساعت پس از پایان تزریق
درجه حرارت							
فشار خون							
تعداد نبض							
تعداد تنفس							
حال عمومی							

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