



فرم درخواست خون و فراورده اشعه دیده

نسخه ۱: پرونده بیمار

شماره اهدا p.c کراس مچ شده

۱. نام بیمارستان :	۲. نام و نام خانوادگی بیمار:
۳. گروه خون بیمار:	۴. سن بیمار:
۵. تاریخ پیش بینی شده جهت تزریق:	۶. تشخیص احتمالی :
۷. بخش بستری بیمار:	

لطفا علت درخواست خون و فراورده اشعه دیده را مشخص نمایید:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> پیوند الوژنیک و با انولوگ سلولهای پیش ساز خونی | <input type="checkbox"/> نوزاد با وزن خیلی پایین | <input type="checkbox"/> اریتروبلاستوز جنینی |
| <input type="checkbox"/> سندرم نقص ایمنی مادرزادی | <input type="checkbox"/> پیوند ارگان های توپر | <input type="checkbox"/> بدخیمی یا تومور خونی |
| <input type="checkbox"/> فراورده های تهیه شده از اهدا کنندگان مستقیم | <input type="checkbox"/> تزریق خون داخل رحمی * | <input type="checkbox"/> فلودارابین تراپی |
| <input type="checkbox"/> درمان سرکوبگر سیستم ایمنی در بیماران سرطانی | <input type="checkbox"/> بیماری هوچکین | |
| <input type="checkbox"/> پلاکت های افزایش با HLA سازگار | <input type="checkbox"/> لنفوم / لوسمی | |
| <input type="checkbox"/> واحدهای خون اهدایی خویشاوندان درجه یک یا دو | <input type="checkbox"/> آنمی اپلاستیک | |

*بیش از ۵ روز از تاریخ اهدا نگذشته باشد.

نام و مهر پزشک معالج:	نام مسئول و مهر بانک خون:
-----------------------	---------------------------

شماره اهدا	گروه خونی	نوع فراورده	شماره اهدا	گروه خونی	نوع فراورده

تاریخ و ساعت تحویل در پخش خون:

شایان ذکر است:

- فرم درخواست در سه نسخه تنظیم شده است. (نسخه ۱ در پرونده بیمار ، نسخه ۲ بانک خون ، نسخه ۳ پخش خون)
- مدت زمان ذخیره سازی خون و فراورده بهد از اشعه دادن با توجه به تاریخ انقضای درج شده روی کیسه می باشد. (در این مدت خون و فراورده اشعه داده شده باید در شرایط استاندارد نگهداری گردد).
- در موارد اورژانس، بیمارستان موظف است ۳ ساعت پس از تحویل به پخش خون برای دریافت مراجعه نماید.

نام و نام خانوادگی، امضا کارشناس پخش خون:

پایگاه انتقال خون: