



فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون

قسمت فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

فون کامل و فرآورده های گلبول قرمز

پرستار یا پرستاران ناظر بر تزریق

نام فرآورده:		تاریخ انقضا فرآورده:				
شماره کیسه:		تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده:				
گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون:		Antibody screening:				
گروه خون و Rh بیمار:		Cross match:				
تاریخ انجام آزمایش:		تاریخ و ساعت ارسال فرآورده:				
بیمارستان / مرکز درمانی:	استان:	شهر:	بخش:			
نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	کد ملی:	(در صورت دسترسی)			
شماره پرونده بیمار:	تاریخ تولد:	امضا:				
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده:	امضا:				
نام فرآورده درخواستی توسط پزشک:	نام و نام خانوادگی انجام دهنده آزمایش:	توضیحات:				
ساعت و تاریخ ارسال فرآورده:	نام و نام خانوادگی ارسال کننده:	توضیحات:				
نام فرد تحویل گیرنده:	امضاء:	توضیحات:				
قسمت های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود:						
شماره پرونده: (توسط تزریق کننده نوشته شود):		شماره پرونده ذکر شده در فوق با شماره پرونده بیمار مجدداً مطابقت داده شود:				
<p>***توجه: لطفاً این فرم تا انتهای تزریق نگهداری شود. زمانیکه تزریق خون انجام شد یا بنا به علی تزریق نگردید پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید. تکمیل فرم الزام قانونی دارد</p>						
۴ ساعت پس از پایان تزریق	۳ ساعت پس از شروع تزریق	۲ ساعت پس از شروع تزریق	۱ ساعت پس از شروع تزریق	۳۰ دقیقه پس از شروع تزریق	در طی ۱۵ دقیقه	عودت داده شده
در صورت تزریق فرآورده قسمت زیر تکمیل شود		در صورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر گردد:				
تاریخ تزریق خون:		ساعت شروع تزریق:				
ساعت پایان تزریق:		حجم فرآورده تزریق شده:				
*آیا تزریق خون با بروز عارضه همراه بوده است؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				

ه 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.