

فرم میزان توزیع و مصرف خون و سایر فرآورده های خون در یک ماه  
تکمیل توسط پرسنل بانک خون

بیمارستان:

استان:

شهر:

سال:

ماه .....

سایر فرآورده ها		CRYO		PLATELET		FFP		WHOLE BLOOD		RBC		تاریخ
مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	
												۱
												۲
												۳
												۴
												۵
												۶
												۷
												۸
												۹
												۱۰
												۱۱
												۱۲
												۱۳
												۱۴
												۱۵
												۱۶
												۱۷
												۱۸
												۱۹
												۲۰
												۲۱
												۲۲
												۲۳
												۲۴
												۲۵
												۲۶
												۲۷
												۲۸
												۲۹
												۳۰
												۳۱
												جمع کل

تاریخ تکمیل:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده: