

فرم های تزریق خون

تهیه و تنظیم: صونیا اسدی
کارشناس ارشد مامایی



درخواست خون و فرآورده های خونی مستقبل تکمیل فرم: پزشک درخواست کننده فرم نمونه گیر

قسمت ذیل توسط پزشک درخواست کننده تکمیل شود

مشخصات بیمار:

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کدملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:

سابقه:

سابقه تزریق در ۳ ماه گذشته: ☐ بله ☐ خیر

سابقه حاملگی در ۳ ماه گذشته: ☐ بله ☐ خیر

سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون: ☐ بله ☐ خیر

سابقه وجود آنتی بادی غیر منتظره در سرم: ☐ بله ☐ خیر

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق می باشد؟

بله ☐ خیر ☐ نام دارو: _____ نحوه تجویز: _____

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده

تشخیص بیماری:

علت نیاز به خون یا فرآورده کدام یک از موارد زیر می باشد:

کم خونی مزمن ☐ کم خونی حاد ☐

خونریزی ☐ نقص سیستم انعقاد ☐

در صورت درخواست فرآورده های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl _____

در صورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت در: /mm³ _____

گروه خون و Rh بیمار (در صورت مشخص بودن): _____

فرآورده های درخواستی:

☐ گلبول قرمز متراکم	☐ خون کامل	Whole Blood (WB) تعداد: واحد
☐ گلبول قرمز کم تکونیت	☐ پلاسمای تازه منجمد	Fresh Frozen Plasma (FFP) تعداد: واحد
☐ گلبول قرمز اطفال	☐ رسوب کرایو	CryoPrecipitate (APF) تعداد: واحد
☐ گلبول قرمز شسته شده	☐ پلاسمای فاقد کرایو	Cryo Poor Plasma (CPP) تعداد: واحد
☐ سایر فرآورده ها و یا ویژگی های خاص فرآورده (یا ذکر نام)	☐ پلاکت	Platelet (PLT) تعداد: واحد

توجه: در صورتیکه پلاکت درخواستی از نوع پلاکت فریزر باشد فرم مخصوص آن باید تکمیل گردد

هدف از درخواست خون:

الف: تزریق خون ☐

ب: آماده سازی خون جهت تزریق ☐

تاریخ و ساعت نیاز به خون یا فرآورده:

مدت زمان یا سرعت توصیه شده برای تزریق خون و فرآورده:

تستهای آزمایشگاهی مورد درخواست:

غربالگری آنتی بادی ☐ گروه خون و Rh ☐ کراس مع ☐

پزشک معالج:

اعضاء و مهر نظام پزشکی:

تاریخ:

این قسمت توسط نمونه گیر تکمیل شود

اینجا باید می نامیم که نمونه خون از بیمار یا مشخصات فرد شده در این فرم اخذ شده و شناسایی از طریق ☐ بررسی مستقیم از بیمار و یا ☐ مشاهده مع بند حاصل شده و نمونه در همان زمان برجست زده شده است.

مشخصات نمونه گیر: ☐ پرستار ☐ نام خانوادگی: _____ نام: _____

پرستار آزمایشگاه ☐ تاریخ خونگیری: _____ ساعت خونگیری: _____ امضاء: _____

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه صورتی رنگ در بانک خون باقی ماند و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد. در مواقع نیاز به خون اورژانسی (کمتر از ۳۰ دقیقه) به جای این فرم، فرم درخواست خون و فرآورده اورژانسی به شماره 00.TM.097.FRM/01 تکمیل شود.



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی

فرم درخواست پلاکت فرزیس

مستول تکمیل فرم: پزشک درخواست کننده

مستول پلاکت فرزیس و پزشک پلاکت فرزیس

این قسمت توسط پزشک درخواست کننده پلاکت فرزیس تکمیل شود:

شهر:

نام بیمارستان یا مرکز درخواست کننده پلاکت فرزیس:

برای بیمار زیر نیاز به پلاکت از نوع آفرزیس می باشد:

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:
تاریخ درخواست:	تاریخ مورد نظر جهت تزریق فرآورده:	بیماری:		

تشخیص بیماری:

علت درخواست:

مقدار پلاکت بیمار	گروه خونی و Rh بیمار	HLA بیمار در صورت انجام	میزان پلاکت مورد نیاز (واحد)

لازم به ذکر است هر واحد پلاکت آفرزیس معادل ۵ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است:

ردیف	اهداکندگان معرفی شده به سازمان انتقال خون ایران از فراز زیر می باشد:
۱	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh: اهداکننده
۲	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh: اهداکننده
۳	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh: اهداکننده
۴	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh: اهداکننده

در صورت ذکر شماره پلاکتی برای اهداکننده لطفاً برکه آزمایش آن نیز ضمیمه این فرم شود.

نام پزشک:

تلفن تماس پزشک:

مهر نظام پزشکی:

اسماء پزشک:

این قسمت در بخش پلاکت فرزیس تکمیل شود:

اینجانب تایید می نمایم که فرآیند پلاکت فرزیس برای اهداکننده	انجام شد و تعداد	واحد (کیسه) فرآورده پلاکت تهیه و به
تاریخ تحویل فرآورده:	تاریخ تحویل فرآورده:	تاریخ تحویل فرآورده:
ساعت تحویل فرآورده:	ساعت تحویل فرآورده:	ساعت تحویل فرآورده:

توجه: این فرم در ۴ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه صورتی رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه سفید فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.

00.TM.084.FRM/01

شماره: ۱۰۵۳۱۰-۷۷-۰۰-۰۰

 فرم درخواست خون و فرآورده های خونی به طور اورژانسی (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه)			
مستول تکمیل فرم : ۱- پزشک معالج ۲- پرسنل بانک خون			
این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود :			
نام :	نام خانوادگی :	تاریخ تولد :	جنسیت : ☐ مرد ☐ زن
استان :	شهر :	بیمارستان :	شماره پرونده :
نمونه خون بیمار : - تهیه و قبل از تزریق ارسال شد ☐ - ارسال نشد ☐			
هلت در خواست خون اورژانسی :			
تاریخ درخواست : ساعت در خواست :			
مطلع نمودن بانک خون : - درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم ☐ - تکمیل و ارسال فرم به بانک خون ☐			
زمان نیاز به خون : - بلافاصله پس از درخواست پزشک (بدون کراس مع) ☐ - ۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست (تعیین Rh, ABO و کراس مع فوری) ☐ پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانسی : ☐ بدون تعیین گروه Rh و ABO را می پذیرم.			
نام فرآورده مورد نیاز : RBC ☐ تعداد : Whole Blood ☐ تعداد :			
این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود :			
تاریخ دریافت درخواست : / / - - - - - ساعت دریافت درخواست : / - -			
مشخصات فرآورده ارسالی : گروه خون و Rh براساس برچسب سازمان انتقال خون : شماره اهدا :			
خصوصیات ظاهری کیسه : مناسب ☐ نام شخصی ارسال کننده : امضا تاریخ ارسال کیسه : ساعت ارسال : نام شخصی تحویل گیرنده : امضا			
توجه : این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه صورتی رنگ در بانک خون باقی بماند و نسخه اصلی جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.			

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

مسئول تکمیل فرم : یونسازار یا پرستاران حاضر بر تزریق

فرم مشخصات فرآورده ارسالی از بانک خون

فست فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود

بیمارستان / مرکز درمانی:		استان:		شهر:	
نام و نام خانوادگی بیمار:		بخش:			
شماره پرونده بیمار:		کد ملی:			
گروه خون Rh بیمار:		تاریخ تولد:			
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد		نام فرآورده درخواستی توسط پزشک و			
تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده:		تاریخ تولد:			
تاریخ ارسال فرآورده:		نام و نام خانوادگی ارسال کننده:			
نام فرد تحویل گیرنده:		امضاء:			
نام فرآورده	شماره کیسه	تاریخ انقضا	گروه خون و Rh	تاریخ تزریق	
			فرآورده ارسالی		

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

قسمتهای پایین توسط پرستار تکمیل شود

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

توجه: پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:	
آیا هویت دریافت کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مع بند و شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ توضیحات:	
آیا مشخصات گروه خون و شماره افداکننده روی کیسه(های) خون با اطلاعات موجود بر روی فرم مشخصات فرآورده ارسالی هفتخوانی 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: ☐ کنترل شد نام و نام خانوادگی شاهد:	
در صورت عدم تأیید 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 ویزالاس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.	
تاریخ تحویل کیسه(ها) به بخش: ساعت تحویل کیسه(ها) به بخش بیمارستان:	
سایز یا رنگ سر سوزن مورد استفاده:	
توجه: گرايو پس از دوپ شدن فقط حداکثر تا ۴ ساعت در فضای اتاق قابل نگهداری و صرف است.	
پنجاه پلاسمای تازه منجمد (FFP) پس از دوپ شدن مورد استفاده قرار نگیرد، می توان آن را در یخچال در دمای ۱ تا ۶ درجه سانتی گراد گذاشت و تا ۲۴ ساعت، هنوز هم به عنوان پلاسمای تازه مورد استفاده قرار داد.	
توجه: لطفاً این فرم تا انتهای تزریق نگهداری شود. زمانیکه تزریق خون انجام شد و یا بنا به علمی تزریق نکردید پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید.	
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:	

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



فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های خونی
مستقبل تکمیل فرم: پزشک هموپاتولاس
پرستار بخش

شماره: ۰۰۰-۳۸۸-۸۸-ع

نام:	نام خانوادگی بیمار:	تاریخ تولد:	کد ملی:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
استان:	شهر:	بیمارستان / مرکز درمانی:	بخش:	شماره پرونده:
تشخیص بیماری: ☐ سابقه بیماری: ☐ آلرژی: ☐ اختلال کلیوی: ☐ اختلال کبدی: ☐ اختلال قلبی: ☐ اختلال ریه: ☐ سابقه تزریق خون: ☐ داشته ☐ نداشته ☐ سابقه واکنش به تزریق خون: ☐ داشته ☐ نداشته ☐ شماره کیسه های خون تزریق شده در ۲۴ ساعت اخیر:				
نوع فرآورده تزریقی: ☐ گلبول قرمز متراکم ☐ خون کامل ☐ FFP ☐ خون اتولوگ ☐ شماره کیسه: ☐ تاریخ انقضا فرآورده: ☐ تاریخ تزریق خون: ☐ فاصله زمانی شروع تزریق با بروز عارضه: دقیقه/ساعت/روز				
آیا بیمار از محل تزریق خون، دارو یا محلول تزریقی به جز نرمال سالین دریافت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ آیا خون قبل از تزریق گرم شده است؟ به چه طریق؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ آیا فرآورده مورد نظر از طریق ست فیلتر دار مخصوص فرآورده خون تزریق شده است؟ ☐ بله ☐ خیر ☐				
علائم و نشانه های بالینی: تب ☐ درد پشت ☐ احساس ناراحتی ☐ احساس سرما و لرز ☐ قرمزی پوست (راش) ☐ میزان افزایش درجه حرارت: ☐ خارش ☐ کهنه ☐ درد قفسه سینه و شکم ☐ تهوع و استفراغ ☐ تنگی نفس ☐ پیش قلب ☐ گر گرفتگی ☐ پایین آمدن سطح هوشیاری ☐ شوک ☐ ادم حاد ریه ☐ قطع ادراک ☐ خونریزی ☐ DIC ☐ بی قراری ☐ کم شدن حجم ادرار ☐ استریدور ☐ ویز ☐ دیسترس تنفسی ☐ کاهش فشار خون ☐ افزایش فشار خون ☐ سایر علائم و نشانه های بالینی: ☐ نتیجه Chest X Ray: ☐ نتیجه کشت خون از بیمار: ☐ نتیجه کشت خون کیسه: ☐				
علائم آزمایشگاهی: هموگلوبینوری ☐ هموگلوبینمیا ☐ LDH بالا ☐ HEP بالا ☐ AST بالا ☐ ALT بالا ☐ PH خون ☐ O_2 Saturation: ☐ AT بالا ☐ AT بالا ☐ AT بالا ☐ شدت عارضه:				
۱- آسیب جدی ندارد ☐ ۲- آسیب جدی که باعث ناتوانی شدید و دائمی شده است ☐ ۳- تهدید کننده حیات ☐ ۴- فوت ☐				

لطفا پس از تکمیل هر دو روی فرم آن را در تهران به شماره فاکس ۸۸۶-۱۵۷۲ و در سایر استان ها به پایگاه انتقال خون، حداکثر ظرف ۲۸ ساعت پس از وقوع عارضه ارسال نموده، سپس اصل فرم را ۱۱ زمان تحویل آن به پایگاه انتقال خون در دفتر پرستاری و کپی آن در پرونده بیمار نگهداری شود.

00.TM.099.FRM/01