

فرم های تزریق خون

تهیه و تنظیم: صونیا اسدی

کارشناس ارشد مامایی



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

کمیت ذیل توسط پزشک درخواست کننده تکمیل شود

مشخصات بیمار:

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:

سابقه تزریق در ۳ ماه گذشته:

<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	نامشخص
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	نامشخص
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	نامشخص
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	نامشخص

سابقه حاملگی در ۳ ماه گذشته:

سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون:

سابقه وجود آنتی بادی غیر منتظره در سرم:

آیا نیاز به تصویر 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 خون، مزمن کم خون حاد

خونریزی نقص سیستم انعقاد

عمل جراحی (نوع عمل): نقص در تعداد پلاکت

نقص در عملکرد پلاکت

سایر علل ذکر شود:

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

در صورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت /mm³:

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

فرآورده های درخواستی:

<input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم	<input type="checkbox"/> خون کامل	تعداد: واحد
<input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم تکونست	<input type="checkbox"/> پلاسما تازه منجمد	تعداد: واحد
<input type="checkbox"/> گلبول قرمز شسته شده	<input type="checkbox"/> رسوب کرایو	تعداد: واحد
<input type="checkbox"/> سایر فرآورده ها و یا ویژگی های خاص فرآورده	<input type="checkbox"/> پلاسما فاقد کرایو	تعداد: واحد
(یا ذکر نام):	<input type="checkbox"/> پلاکت	تعداد: واحد
	<input type="checkbox"/> Platelet (PLT)	تعداد: واحد

توجه: در صورتیکه پلاکت در خواستی از نوع پلاکت فریز شده باشد فرم مخصوص آن باید تکمیل گردد

هدف از درخواست خون:

الف: زرو 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:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

تاریخ:

این قسمت توسط نمونه گیر تکمیل شود

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

مشخصات نمونه گیر:

نام خانوادگی: پرسنل آزمایشگاه

نام: تاریخ خونگیری

ساعت خونگیری: امضاء:

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 مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد. در مواقع نیاز به خون اورژانسی تکمیل از ۳۰ دقیقه به جای این فرم. فرم درخواست خون و فرآورده اورژانسی به شماره 00.TM.100.FRM/01 تکمیل شود.

۱۵۵۰۱ - ۸۸ - الف



فرم درخواست پلاکت فرزین

مسئول تکمیل فرم: پزشک درخواست کننده

مسئول پلاکت فرزین و پزشک پلاکت فرزین

این قسمت توسط پزشک درخواست کننده پلاکت فرزین تکمیل شود:

شهر:

نام بیمارستان یا مرکز درخواست کننده پلاکت فرزین:

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

نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:
تاریخ درخواست:	تاریخ مورد نظر جهت تزریق فرآورده:	بیماری:	

علت درخواست: تشخیص بیماری:

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 آفرزین معادل ۵ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است:

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

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

نام پزشک:

تلفن تماس پزشک:

مهر نظام پزشکی:

اعضای پزشک:

این قسمت در بخش پلاکت فرزین تکمیل شود:

اینجانب تایید می نمایم که فرآیند پلاکت فرزین برای اهداکننده در مرکز پلاکت فرزین انجام شد و تعداد واحد (کیسه) فرآورده پلاکت تهیه و به تحویل داده شد.

تاریخ تحویل فرآورده:
ساعت تحویل فرآورده:
اعضای مسئول پلاکت فرزین:
اعضای پزشک مسئول پلاکت فرزین:

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 مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.

شماره: ۰۷۷۰۰-۰۳۱۰۰۰۰۰۰



فرم درخواست خون و فرآورده های خونی به طور اورژانسی (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه)

مستول تکمیل فرم : ۱- پرشک معالج ۲- پرسنل بانک خون

این قسمت توسط پرشک معالج تکمیل شود :

نام خانوادگی :	تاریخ تولد :	کد ملی : (در صورت معرفی)	جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان :	بیمارستان :	بخش :	شماره پرونده :

نمونه خون بیمار :

- تهیه و قبل از تزریق ارسال شد
- ارسال نشد

علت درخواست 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 کراس مع بدون تعیین گروه Rh و ABO را می پذیرم. امضاء و مهر نظام پزشکی :

نام فرآورده مورد نیاز :

- RBC تعداد:
- Whole Blood تعداد:

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود :

تاریخ دریافت درخواست : / / - - - - - ساعت دریافت در خواست : / - - - - -

مشخصات فرآورده ارسالی :

گروه خون و Rh براساس برجسب سازمان انتقال خون : تعداد واحد ارسالی :

شماره اهدا :

خصوصیات ظاهری کیسه : مناسب

نام شخصی ارسال کننده :

تاریخ ارسال کیسه :

ساعت ارسال :

امضا :

نام شخصی تحویل گیرنده :

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 مانده و نسخه آبی جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.

شماره ۰۷۷-۰۰-۰۸۰۰-۰۲ ج

تکمیل توسط پزشک معالج

تکمیل توسط بانک خون



فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های خونی
 مسئول تکمیل فرم: پزشک هموویتالینس
 - پرستار بخش

شماره: ۰۰۰۳۸۰۰۱-۸۸-ع

نام بیمار	نام خانوادگی بیمار:	نام:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
	شهر:	استان:	شماره پرونده:
مشخصات بیمار	سابقه بیماری:	تاریخ تولد:	کد ملی: (در صورت دسترسی)
	آلزایم <input type="checkbox"/> اختلال کبدی <input type="checkbox"/> اختلال کلیوی <input type="checkbox"/> اختلال قلبی <input type="checkbox"/> اختلال ریه <input type="checkbox"/>	بیمارستان / مرکز درمانی:	بخش:
مشخصات و شرایط فرآورده	نوع فرآورده تزریقی:	تاریخ انقضا فرآورده:	تاریخ تزریق خون:
	شماره کیسه:	تاریخ تزریق با بروز عارضه: دقیقه/ساعت/روز	فاصله زمانی شروع تزریق خون:
مشخصات و شرایط فرآورده	گلبول قرمز متراکم <input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم لگوسیت <input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم شسته شده <input type="checkbox"/>	ABO&Rh کیسه:	ABO&Rh بیمار:
	خون کامل <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> خون اتولوگ <input type="checkbox"/>	ساعت شروع تزریق:	ساعت پایان تزریق:
مشخصات و شرایط فرآورده	آیا بیمار از محل تزریق خون، دارو یا محلول تزریقی به جز نرمال سالین دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا خون قبل از تزریق گرم شده است؟ به چه طریق؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرآورده مورد نظر از طریق ست فیلتر دار مخصوص فرآورده خون تزریق شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	علائم و نشانه های بالینی:	تاریخ انقضا فرآورده:	تاریخ تزریق خون:
مشخصات و شرایط فرآورده	تب <input type="checkbox"/> میزان افزایش درجه حرارت:	تاریخ انقضا فرآورده:	تاریخ تزریق خون:
	خارش <input type="checkbox"/> پیش قلب <input type="checkbox"/> قطع انداز <input type="checkbox"/> استریدور <input type="checkbox"/> سایر علائم و نشانه های بالینی:	تاریخ انقضا فرآورده:	تاریخ تزریق خون:
مشخصات و شرایط فرآورده	درد پشت <input type="checkbox"/> احساس ناراحتی <input type="checkbox"/> احساس سرما و لرز <input type="checkbox"/> قرمزی پوست (راش) <input type="checkbox"/>	تاریخ انقضا فرآورده:	تاریخ تزریق خون:
	کهنر <input type="checkbox"/> گر گرفتگی <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> سایر علائم و نشانه های بالینی:	تاریخ انقضا فرآورده:	تاریخ تزریق خون:
مشخصات و شرایط فرآورده	نتیجه کشت خون از بیمار:	نتیجه کشت خون کیسه:	نتیجه کشت خون کیسه:
	نتیجه کشت خون از بیمار:	نتیجه کشت خون کیسه:	نتیجه کشت خون کیسه:
مشخصات و شرایط فرآورده	علائم آزمایشگاهی:	علائم آزمایشگاهی:	علائم آزمایشگاهی:
	هموگلوبینوری <input type="checkbox"/> ALT بیشتر از ۲ برابر <input type="checkbox"/> PH خون <input type="checkbox"/>	هموگلوبینمی <input type="checkbox"/> LDH بالا <input type="checkbox"/> O ₂ Saturation:..... <input type="checkbox"/>	متغی <input type="checkbox"/> پتانسیم بالا <input type="checkbox"/> اوره بالا <input type="checkbox"/>
مشخصات و شرایط فرآورده	شدت عارضه:	شدت عارضه:	شدت عارضه:
	۰ - کاملاً بهبود یافته <input type="checkbox"/> ۱ - آسیب جدی ندارد <input type="checkbox"/> ۲ - آسیب جدی شدید و دائمی شده است <input type="checkbox"/>	۰ - کاملاً بهبود یافته <input type="checkbox"/> ۱ - آسیب جدی ندارد <input type="checkbox"/> ۲ - آسیب جدی شدید و دائمی شده است <input type="checkbox"/>	۰ - کاملاً بهبود یافته <input type="checkbox"/> ۱ - آسیب جدی ندارد <input type="checkbox"/> ۲ - آسیب جدی شدید و دائمی شده است <input type="checkbox"/>

لطفاً 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 ۲۱ روز بعد به پایگاه انتقال خون در دفتر پرستاری و کپی آن در پرونده بیمار نگهداری شود.