



# فرم درخواست خون و فرآورده‌های اشعه‌دیده



این قسمت توسط پرستار و پزشک معالج تکمیل شود

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:
سابقه:				
سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته:				
سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته:				
سابقه بروز واکنش‌های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده:				
سابقه وجود آنتی‌بادی غیرمنتظره در سرم:				
آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می‌باشد؟				
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام دارو: نحوه تجویز:				

تشخیص بیماری:	گروه خون و Rh بیمار:	گروه خون و Rh در خواست‌شده:
علت درخواست:		
<input type="checkbox"/> نوزادان نارس با وزن هنگام تولد کمتر از ۱۲۰۰ گرم <input type="checkbox"/> سندرم نقص ایمنی مادرزادی <input type="checkbox"/> بدخیمی‌های خونی یا تومورهای توپر مانند نوروبلاستوما، سارکوما و لنفوم هوچکین <input type="checkbox"/> سرکوب شدید سیستم ایمنی مربوط به شیمی‌درمانی یا درمان با اشعه (رادیوتراپی) <input type="checkbox"/> پیوند سلول‌های بنیادی تهیه‌شده از خون بند ناف، مغز استخوان یا خون محیطی <input type="checkbox"/> فرآورده‌های تهیه‌شده از بستگان خونی یا از اهداکنندگان منتخب به لحاظ سازگاری HLA یا سازگاری در کراس‌مچ پلاکتی		

نام خون و فرآورده‌های درخواستی:			
<input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم اشعه‌دیده	<input type="checkbox"/> Irradiated RBC	تعداد	واحد
<input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم‌لکوسیت اشعه‌دیده	<input type="checkbox"/> Irradiated LR RBC	تعداد	واحد
<input type="checkbox"/> سایر فرآورده‌ها یا ذکر نام		تعداد	واحد
<input type="checkbox"/> پلاکت اشعه‌دیده	<input type="checkbox"/> Irradiated Platelet	تعداد	واحد
<input type="checkbox"/> پلاکت آفرزیش اشعه‌دیده	<input type="checkbox"/> Irradiated Apheresis Platelet	تعداد	واحد

در صورت درخواست فرآورده‌های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl	مهر و امضاء پزشک معالج:
در صورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت: /mm <sup>3</sup>	تاریخ و ساعت درخواست:

این قسمت توسط نمونه‌گیر و بانک خون تکمیل شود

<input type="checkbox"/> پرستار	نام و نام خانوادگی:	تاریخ و ساعت نمونه‌گیری:	امضاء:
<input type="checkbox"/> پرسنل آزمایشگاه	ساعت تحویل نمونه به بانک خون:	فرد تحویل‌دهنده:	فرد تحویل‌گیرنده:

این قسمت توسط بانک خون تکمیل شود

ردیف	نوع فرآورده	گروه خون	شماره کیسه فرآورده	نتیجه کراس‌مچ	ردیف	نوع فرآورده	گروه خون	شماره کیسه فرآورده	نتیجه کراس‌مچ

دمای فرآورده(ها) هنگام ارسال: تاریخ و ساعت ارسال: نام و امضاء کارشناس بانک خون:

**نکته:** در شرایط اورژانس و عدم وجود فرآورده با گروه خون مورد نیاز در ذخیره بانک خون و امکان انجام آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ برای بیمار، در صورتی که نتیجه منفی باشد، می‌توان با قبول مسئولیت پزشک معالج، نتیجه آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ را به همراه فرم درخواست فرآورده اشعه‌دیده برای انتقال خون ارسال نمود تا از فرآورده‌های موجود در انتقال خون اشعه داده شود. پس از دریافت فرآورده اشعه‌دیده از انتقال خون، انجام آزمایشات سازگاری (کراس‌مچ کامل ۳ مرحله‌ای) توسط کارشناس بانک خون بر روی کیسه خون، قبل از تزریق به بیمار الزامی است.

نتیجه آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ بیمار: ☐ منفی مهر و امضاء پزشک معالج:

این قسمت در واحد پخش خون انتقال خون در زمان دریافت فرآورده از بیمارستان تکمیل شود

مطابقت شماره کیسه‌های دریافتی و گروه خون با اطلاعات مندرج در جدول فوق	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
تاریخ و ساعت دریافت فرآورده(ها) جهت دادن اشعه:	دمای فرآورده(ها) هنگام دریافت از مراکز درمانی:
توجه: موارد عدم پذیرش فرآورده(ها) از مراکز درمانی	نام و امضاء کارشناس پخش خون:
<input type="checkbox"/> عدم رعایت زنجیره سرد حین حمل‌ونقل فرآورده(ها)	
<input type="checkbox"/> عدم مطابقت اطلاعات جدول فوق با فرآورده(های) ارسالی	

این فرم در سه نسخه تکمیل گردد. نسخه اصلی در پرونده بیمار باقی مانده، نسخه دوم و سوم به بانک خون ارسال و پس از تکمیل هر دو نسخه به انتقال خون ارسال گردد. پس از پذیرش یا عدم پذیرش فرآورده، نسخه دوم در انتقال خون و نسخه سوم جهت پیگیری فرآورده(ها) و بایگانی به بیمارستان عودت داده شود. جهت تحویل فرآورده پس از هماهنگی بانک خون با واحد پخش خون انتقال خون با فرم 00.HV.008.FRM اقدام گردد. در موارد اورژانس بیمارستان موظف است ۳ ساعت پس از تحویل به پخش خون برای دریافت فرآورده(ها) مراجعه نماید.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۱ از ۱

00.HV.010.FRM/03