



فرم درخواست گلبول قرمز شسته شده (Washed RBC)



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:	آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می باشد؟
سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته:	نام دارو:
سابقه بروز واکنش های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده:	نحوه تجویز:
سابقه وجود آنتی بادی غیرمنتظره در سرم:	نامشخص <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>

تشخیص بیماری:

علت درخواست:

<input type="checkbox"/> سابقه واکنش آلرژیک شدید یا راجعه به تزریق خون و فرآورده	<input type="checkbox"/> وجود آنتی بادی علیه IgA در بیمار IgA-deficient
<input type="checkbox"/> وجود آنتی بادی علیه HPA-A-1a (آنتی ژن اختصاصی پلاکت) در مادر	<input type="checkbox"/> بیمار با سابقه پوریپورای پس از تزریق خون (PTP) برای جداسازی کمپلمان
<input type="checkbox"/> تزریق خون داخل رحمی (IUT)	<input type="checkbox"/> سایر موارد با ذکر علت:

نام خون و فرآورده های درخواستی

<input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم شسته شده Washed RBC	تعداد واحد	<input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم لکوسیت شسته شده Washed LR RBC	تعداد واحد
گروه خون و Rh بیمار:	مهر و امضاء پزشک معالج:	تاریخ و ساعت درخواست:	میزان هموگلوبین: g/dl

این قسمت توسط نمونه گیر و بانک خون تکمیل شود

پرستار <input type="checkbox"/>	نام و نام خانوادگی:	تاریخ و ساعت نمونه گیری:	امضاء:
پرستار آزمایشگاه <input type="checkbox"/>	ساعت تحویل نمونه به بانک خون:	فرد تحویل دهنده:	فرد تحویل گیرنده:

این قسمت توسط بانک خون تکمیل شود

ردیف	شماره کیسه فرآورده (کامل نوشته شود)	گروه خون و Rh کیسه	واکنش کراس میچ با افزودن آلبومین / آنتی هیومن / دمای اتاق

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 آنتی بادی اسکرینینگ برای بیمار، در صورتی که نتیجه منفی باشد، می توان با قبول مسئولیت پزشک معالج، نتیجه آزمایش آنتی بادی اسکرینینگ را به همراه فرم درخواست گلبول قرمز شسته شده برای انتقال خون ارسال نمود تا از فرآورده های موجود در انتقال خون شستشو داده شود. پس از دریافت فرآورده شسته شده از انتقال خون، انجام آزمایشات سازگاری (کراس میچ کامل ۳ مرحله ای) توسط کارشناس بانک خون بر روی کیسه خون، قبل از تزریق به بیمار الزامی است.

نتیجه آزمایش آنتی بادی 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 کیسه های 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 شستشو:
توجه: موارد عدم پذیرش فرآورده (ها) از مراکز درمانی	توجه: عدم رعایت زنجیره سرد حین حمل و نقل فرآورده (ها)
نام و امضاء کارشناس پخش خون:	عدم مطابقت اطلاعات جدول فوق با فرآورده (های) ارسالی

توجه: با توجه به اینکه شستشوی فرآورده در سیستم باز صورت می گیرد بایستی هر چه سریعتر مصرف شود. این نوع فرآورده (ها) حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از زمان شستشو قابل مصرف بوده و در این مدت باید در یخچال بانک خون در دمای ۲ الی ۶ درجه سانتیگراد نگهداری شوند.

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 (ها) پس از هماهنگی بانک خون با واحد پخش خون انتقال خون با فرم 00.HV.008.FRM اقدام گردد.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۱ از ۱

00.HV.011.FRM/02