



فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده‌های گلبول قرمز متراکم



این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

نام فرآورده:		توجه: پرستار گرامی، بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:	
تاریخ انقضاء فرآورده:		- آیا هویت دریافت کننده خون و یا فرآورده (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری و یا اطلاعات مچ‌بند و یا شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
گروه خون Rh فرآورده ارسالی از بانک خون:		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر - آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه خون با اطلاعات موجود بر روی فرم مشخصات فرآورده ارسالی همخوانی دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
Antibody screening: سازگار <input type="checkbox"/> تحویل خون منفی <input type="checkbox"/> منقذ انجام کراس میچ استاندارد <input type="checkbox"/> تحویل خون همگروه و در حال انجام کراس میچ استاندارد		Crossmatch: تاریخ انجام آزمایش:	
گروه خون و Rh بیمار:		توضیحات:	
بیمارستان / مرکز درمانی:		نامناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/>	
نام و نام خانوادگی بیمار:		نامناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/>	
نام پدر:		امضاء:	
کد ملی:		امضاء:	
تاریخ تولد:		کنترل شد. نام و نام خانوادگی تزریق کننده:	
شماره پرونده بیمار:		کنترل شد. نام و نام خانوادگی شاهد بر تزریق:	
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد		در صورتی که بیمار به شیفته یا بخش دیگری تحویل داده شود:	
نام فرآورده درخواستی توسط پزشک:		نام بخش: تاریخ:	
نام و نام خانوادگی و امضاء انجام دهنده آزمایش:		نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار تحویل گیرنده:	
نام و نام خانوادگی و امضاء ارسال کننده:		در صورت عدم تأیید هر یک از موارد فوق، به هیچ وجه نباید تزریق نمود و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک هموویژن یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.	
نام فرد تحویل گیرنده:		تاریخ تحویل فرآورده به بخش:	
امضاء:		ساعت تحویل فرآورده به بخش بیمارستان:	
قسمت‌های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود:		سایز و یا رنگ سرسوزن مورد استفاده:	
شماره پرونده (توسط تزریق کننده نوشته شود):		مهم: فرآورده RBC بایستی حداکثر ظرف ۳۰ دقیقه پس از خروج از بچخال بانک خون تزریق شود.	
شماره پرونده ذکر شده در فوق با شماره پرونده بیمار مجدداً مطابقت داده شود.		در صورت عدم استفاده در این مدت، آن را سریعاً به بانک خون عودت دهید.	
*توجه: لطفاً این فرم تا پایان تزریق نگهداری شود. زمانی که تزریق خون انجام شد و یا به عللی تزریق نگردید، پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید. تکمیل فرم الزام قانونی دارد.		علائم حیاتی بیمار بلافاصله قبل از تزریق ۱۵ دقیقه پس از شروع تزریق ۳۰ دقیقه پس از شروع تزریق ۱ ساعت پس از شروع تزریق ۲ ساعت پس از شروع تزریق ۳ ساعت پس از شروع تزریق ۴ ساعت پس از پایان تزریق	
در صورت تزریق خون و یا فرآورده آن قسمت زیر تکمیل شود. در صورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر شود:		درجه حرارت فشار خون تعداد نبض تعداد تنفس حال عمومی بیمار (Good-ill-Toxic) ظاهر ادرار (در صورت داشتن سوند از نظر خونی بودن و حجم)	
تاریخ تزریق: ساعت شروع تزریق: ساعت پایان تزریق: حجم فرآورده تزریق شده:		آیا تزریق خون و یا فرآورده آن با بروز واکنش همراه بوده است؟ <input type="checkbox"/> بلی	
ساعت شروع مجدد تزریق (در صورت بروز واکنش و تصمیم بر شروع مجدد تزریق پس از قطع اولیه):			

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