



فرم درخواست پلاکت فرزیس



مسئول تکمیل فرم: - پزشک درخواست کننده

- مسئول 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 ☐ پلاکت اشعه داده شده ☐ پلاکت فاقد لکوسیت ☐ می باشد:

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

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 آفرزیس معادل ۵-۶ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است:

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

در صورت ذکر شمارش پلاکتی برای اهداکننده لطفاً برگه آزمایش آن نیز ضمیمه این فرم شود.

نام پزشک: تلفن تماس پزشک:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

این قسمت در بخش پلاکت فرزیس تکمیل شود:

اینجانب ----- تایید می نمایم که فرآیند پلاکت فرزیس برای اهداکننده -----
در مرکز پلاکت فرزیس ----- انجام شد و تعداد ----- واحد(کیسه) فرآورده پلاکت تهیه و به ----- تحویل داده شد.
تعداد تخمینی پلاکت در هر کیسه:
تاریخ تحویل فرآورده:
ساعت تحویل فرآورده:
امضاء مسئول پلاکت فرزیس:
امضاء پزشک مسئول پلاکت فرزیس:

* توجه: این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.