



# فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی به طور اورژانس (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه)



مسئول تکمیل فرم: ۱- پزشک معالج ۲- پرسنل بانک خون

## این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:

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

نمونه خون بیمار:

- تهیه و قبل از تزریق ارسال شد ☐  
- ارسال نشد ☐

علت درخواست خون اورژانس: .....

تاریخ درخواست: ..... ساعت درخواست: .....

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 میچ) ☐

- ۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست (تعیین ABO, Rh و کراس میچ) ☐

\*اینجانب: پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس: ☐ بدون کراس میچ ☐ بدون تعیین گروه ABO و Rh را می‌پذیرم. 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 درخواست: --- / ---

مشخصات فرآورده ارسالی:

گروه خون و Rh براساس برچسب سازمان انتقال خون: .....  
شماره (های) اهدا: .....  
تعداد واحد ارسالی: .....

خصوصیات ظاهری کیسه: مناسب ☐  
نام شخص ارسال کننده: .....

تاریخ ارسال کیسه: ..... ساعت ارسال: .....

نام شخص تحویل گیرنده: ..... امضاء: .....

\* 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 جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.