



فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون

قسمت فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های کلیل قبول قرمز

مستول تکمیل فرم : پرستار یا پرستاران ناظر بر تزریق



INHS

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| توجه : پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید : | | نام فرآورده : | | تاریخ انقضا فرآورده : | |
| آیا هویت دریافت کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مچ بند و شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟ | | شماره کیسه : | | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات : | | گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون : | | | |
| آیا مشخصات گروه و شمار اهداکننده روی کیسه خون با اطلاعات موجود بروی فرم مشخصات خون ارسالی همخوانی دارد؟ | | گروه خون و Rh بیمار : | | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات : | | تاریخ انجام آزمایش : | | | |
| تاریخ انقضای فرآورده : مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> توضیحات : | | شهر : | | | |
| بررسی وضعیت ظاهری کیسه : مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> | | استان : | | | |
| <input type="checkbox"/> کنترل شد نام و نام خانوادگی تزریق کننده : امضا : | | نام نام پدر : | | | |
| <input type="checkbox"/> کنترل شد نام و نام خانوادگی شاهد : امضا : | | تاریخ تولد : | | | |
| در صورت عدم تأیید هر یک از موارد فوق ، به هیچ وجه خون را تزریق ننموده و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک هموپتزولانس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید . | | جنسیت : زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> | | تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده : | |
| تاریخ تحویل کیسه به بخش : ساعته تحویل کیسه به بخش بیمارستان : | | نام فرآورده درخواستی توسط پزشک : | | نام و نام خانوادگی انجام دهنده آزمایش : | |
| سایز یا رنگ سرسوزن مورد استفاده : | | ساعت و تاریخ ارسال فرآورده : | | نام و نام خانوادگی ارسال کننده : | |
| مهم : | | نام فرد تحویل گیرنده : | | امضاء : | |
| در صورت عدم استفاده از این فرآورده ، آن را سریعاً به بانک خون عودت دهید. فرآورده RBC حداکثر می تواند ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۴-۲۰ پس از خروج از بانک خون در بخش نگهداری شود. | | قسمت های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود : | | | |
| علائم حیاتی بیمار | | شماره پرونده : | | شماره <input type="checkbox"/> (توسط تزریق کننده نوشته شود) : | |
| درجه حرارت | | شماره پرونده ذکر شده در فوق با شماره پرونده بیمار مجدداً مطابقت داده شود : | | | |
| تعداد نبض | | تکمیل فرم الزام قانونی دارد | | در صورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر گردد : | |
| تعداد تنفس | | تاریخ تزریق خون : | | در صورت تزریق فرآورده قسمت زیر تکمیل شود | |
| حال عمومی بیمار | | ساعت شروع تزریق : | | | |
| ظاهر ادرار (در صورت داشتن) | | ساعت پایان تزریق : | | | |
| سوند از نظر خونی بودن و حجم | | حجم فرآورده تزریق شده : | | | |
| | | * آیا تزریق خون با بروز عارضه همراه بوده است ؟ | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | |

این فرم در ۳ 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.