مستندات همموویژیلانس و تزریق خون

۱۴۰۵

ابراهیم تقیان

همموویژیلانس اداره کل انتقال خون استان اصفهان

فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی در شرایط اورژانس

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کدملی: (در صورت معلوم)	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:	

نمونه خون بیمار:
تهیه و قبل از تزریق ارسال شد ☐
ارسال نشد ☐

مشخصات نمونه‌گیر:
امضاء:
تاریخ و ساعت نمونه‌گیری:

علت درخواست خون اورژانس: _____ گروه خون بیمار: _____
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:
الف) بلافاصله پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار ← گروه خون O منفی به ویژه به بیماران خانم در سن باروری ☐
(بدون انجام گروه خون و تکنیک اسپین فوری (IS)) ← گروه خون O مثبت در صورت عدم وجود ذخیره کافی از گروه O منفی، به آقا و خانم های غیر سن باروری ☐
ب) ۲۰-۱۰ دقیقه پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار، تعیین Rh,ABO انجام تکنیک اسپین فوری (IS)/ تحویل خون و سپس انجام کراس مچ استاندارد ☐

اینجانب _____ پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس را می‌پذیرم.
امضاء و مهر نظام پزشکی:

توجه: ● کراس مچ استاندارد از زمان دریافت درخواست و نمونه توسط بانک خون، ۶۰-۴۵ دقیقه زمان می‌برد.
● پس از ارسال فرآورده در هر دو مورد فوق، بایستی بلافاصله کراس مچ استاندارد شروع شده و در صورت مشاهده هرگونه ناسازگاری به بخش اطلاع رسانی صورت گیرد.

نام فرآورده مورد نیاز:
(PRBC) ☐ تعداد: _____
(Whole Blood) ☐ تعداد: _____

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت درخواست و نمونه: __/__/__ ساعت دریافت درخواست و نمونه: __:__ فرد تحویل گیرنده: _____

مشخصات فرآورده ارسالی:
گروه خون و Rh براساس برچسب سازمان انتقال خون:
شماره (های) اهدا:
تعداد واحد ارسالی:
خصوصیات ظاهری کیسه: مناسب ☐
امضاء:
نام شخص ارسال کننده:
تاریخ ارسال کیسه: ساعت ارسال:
نام شخص تحویل گیرنده: امضاء:

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

00.HV.007.GDL/03

تکمیل توسط بانک خون

اورژانس

فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی آن توسط بانک خون بیمارستان‌ها از واحد پخش خون اداره‌های انتقال خون در موارد اورژانس

مسئول تکمیل فرم:
(مسئول بانک خون و پزشک معالج درخواست کننده - همراه بیمارستان جهت تحویل خون و یا فرآورده واحد پخش خون از اداره انتقال خون - همراه تحویل گیرنده خون و فرآورده در بانک خون بیمارستان)

تکمیل توسط پزشک درخواست کننده

استان:	شهرستان:	نام بیمارستان:
نام و نام خانوادگی بیمار:		شماره پرونده بیمار:
نام، نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک درخواست کننده:		تاریخ و ساعت درخواست:
شرح حال مختصر از بیمار:		

تکمیل توسط مسئول بانک خون

خون و فرآورده‌های خونی آن	O-	O+	A-	A+	B-	B+	AB-	AB+	جمع	مقدار باقی‌مانده از تزریق خون یا فرآورده‌های خونی
خون کامل (WB)										
کلیول سرخ متراکم (PRBC)										
کلیول سرخ کم لکوسیت (LRBC)										
کیسه انتقال (Pediatric RBC)										
پلاکت (PLT)										
پلاسمای تازه منجمد (FFP)										
کریو (CRYO)										

نام و نام خانوادگی و امضای مسئول بانک خون:
تاریخ و ساعت درخواست:

تکمیل توسط نماینده بیمارستان جهت تحویل خون و یا فرآورده از واحد پخش خون اداره انتقال خون
نام و نام خانوادگی و امضای نماینده بیمارستان جهت تحویل خون و یا فرآورده از واحد پخش خون اداره انتقال خون:
تاریخ و ساعت دریافت:

تکمیل توسط اداره تحویل گیرنده خون یا فرآورده در بانک خون بیمارستان
نام و نام خانوادگی و امضای فرد تحویل گیرنده خون و یا فرآورده در بانک خون بیمارستان: تاریخ و ساعت تحویل خون و یا فرآورده به بانک خون بیمارستان:

* منظور از تزریق خون و یا فرآورده‌های در خونی موارد اورژانس، زمانی است که بنا به تشخیص پزشک معالج بیمار نیاز به تزریق خون و یا فرآورده (های) خونی در مدت زمان معینی دارد (در صورت عدم تزریق خون و یا فرآورده بیمار ممکن است دچار Morbidity و یا Mortality گردد) و امکان تأمین خون و یا فرآورده (ها) در بانک خون بیمارستان و یا مراکز درمانی از سایر شیوه‌های امکان‌پذیر امکان‌پذیر نمی‌باشد. لذا جهت جلوگیری از استفاده از سایر فرآورده‌های در حالت reserve برای آن دسته از بیمارانی که تزریق فرآورده (ها) در آنها را می‌توان به زمان دیگری موکول نمود و یا استفاده از RBC گروه خونی O و یا پلاسمای AB برای سایر گروه‌های خونی و ...

* به پذیرش است اداره انتقال خون نیز با توجه به امکانات و موجودی خون و یا فرآورده‌ها در اداره اقدام به تهیه آنها می‌نماید.

* این فرم در دو نسخه تکمیل گردد. نسخه اصلی به واحد پخش خون اداره انتقال خون ارسال شود و نسخه دوم در بانک خون بیمارستان بایگانی شود.

شماره صفحه	تعداد صفحات
1	1

00.HV.007.GDL/02

فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن توسط بانک خون بیمارستان‌ها
از واحد پخش خون انتقال خون در موارد اورژانس

INHS

مسئول تکمیل فرم:

۱- مسئول بانک خون و پزشک درخواست‌کننده ۲- نماینده بیمارستان جهت تحویل‌گرفتن فرآورده از واحد پخش خون ۳- فرد تحویل‌گیرنده فرآورده در بانک خون بیمارستان

تکمیل توسط پزشک درخواست کننده

استان: اصفهان	شهرستان: اصفهان	نام بیمارستان: سلامت
نام و نام خانوادگی بیمار: فرهاد شیازنده	کد ملی بیمار: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰	شماره پرونده بیمار: ۱۲۳۴۵
نام پدر: علی	تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۳/۱۳	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن
تشخیص بیماری: AML	میزان هموگلوبین: ۸/۷	میزان پلاکت: ۸/۰۰۰
شرح حال مختصر از بیمار: به دلیل افت شدید پلاکت ... نیاز به پلاکت دارد.		
نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک درخواست‌کننده: پزشک درخواست کننده خون و فرآورده		تاریخ و ساعت: ۱۴۰۴/۴/۱۰ - ۱۴/-

تکمیل توسط مسئول بانک خون

خون و فرآورده‌های آن	O^+	O^-	A^+	A^-	B^+	B^-	AB^+	AB^-	جمع	ملاحظات
خون کامل (Whole Blood)										
گلبول قرمز متراکم (RBC)										
گلبول قرمز کم‌لکوسیت (LR-RBC)										
کیسه خون اطفال (Pediatric RBC)										
پلاکت (PC)	۵								۵	
پلاسمای تازه منجمد (FFP)										
رسوب کرایوپرسیپیتیت (Cryoprecipitate)										

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول بانک خون: مجید حسینی

تاریخ و ساعت درخواست: ۱۴۰۴/۴/۱۰ ۱۴/۱۰

تکمیل توسط نماینده بیمارستان

نام و نام خانوادگی و امضاء نماینده بیمارستان هنگام تحویل‌گرفتن فرآورده از واحد پخش خون:

تاریخ و ساعت دریافت:

تکمیل توسط فرد تحویل‌گیرنده فرآورده در بانک خون بیمارستان

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد تحویل‌گیرنده فرآورده در بانک خون بیمارستان:

تاریخ و ساعت دریافت فرآورده در بانک خون:

- منظور از توزیع خون و یا فرآورده‌های آن در موارد اورژانس، زمانی است که بنا به تشخیص پزشک معالج، بیمار نیاز به تزریق خون و یا فرآورده(های) آن در مدت زمان معینی دارد (درصورت عدم تزریق خون و یا فرآورده ، بیمار ممکن است دچار Morbidity و یا Mortality گردد) و امکان تأمین خون و یا فرآورده (ها) در بانک خون بیمارستان و یا مرکز درمانی از سایر شیوه‌های استاندارد امکان‌پذیر نمی‌باشد (به‌عنوان مثال، استفاده از سایر فرآورده‌های در حالت reserve برای آن دسته از بیمارانی‌که تزریق فرآورده(ها) در آنها را می‌توان به زمان دیگری موکول نمود و یا استفاده از RBC گروه خونی O و یا پلاسمای AB برای سایر گروه‌های خونی و ...).
- بدیهی است اداره کل انتقال خون نیز با توجه به امکانات و موجودی خون و یا فرآورده(ها) در اداره، اقدام به توزیع آن‌ها می‌نماید.
- این فرم در دو نسخه تکمیل گردد، پس از ارسال هر دو نسخه به واحد پخش خون و تحویل‌فرآورده(ها)، نسخه اصلی در انتقال خون بایگانی شده و نسخه دوم به همراه فرآورده(ها) به بیمارستان عودت داده شود.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۱ از ۱

پزشک معالج

بانک خون

متصدی حمل خون

مشخصات کامل بیمار

تکمیل توسط پزشک درخواست کننده

استان: اصفهان	شهرستان: اصفهان	نام بیمارستان: سلامت
نام و نام خانوادگی بیمار: فرهاد نیازمند	کد ملی بیمار: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰	شماره پرونده بیمار: ۱۲۳۴۵
نام پدر: علی	تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۳/۱۳	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن
تشخیص بیماری: AML	میزان هموگلوبین: ۸/۷	میزان پلاکت: ۸/۰۰۰
شرح حال مختصر از بیمار: به دلیل افت شدید پلاکت [illegible] نیاز او به پلاکت دارد.		
نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک درخواست کننده: پزشک درخواست کننده خون و فرآورده		تاریخ و ساعت: ۱۴۰۴/۴/۱۰ - ۱۴/-

فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن در شرایط اورژانس

INHS

این قسمت توسط پرستار و پزشک معالج تکمیل شود:

نام: مرجان	نام خانوادگی: نیازمند	نام پدر: علی	تاریخ تولد: ۶۲/۳/۱۳	کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن
استان: اصفهان	شهر: اصفهان	بیمارستان: سلامت	بخش: اورژانس	شماره پرونده: ۱۲۳۴۵	

نمونه خون بیمار:

☑ تهیه و قبل از تزریق ارسال شد

☐ ارسال نشد

مشخصات نمونه‌گیر:

تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۴۰۴/۴/۱۰ ۱۲:۰۰

نام و نام خانوادگی: امیر حاجیان

امضاء:

مطلع نمودن بانک خون:

☑ درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم

☐ تکمیل و ارسال فرم به بانک خون

علت درخواست خون و فرآورده اورژانس: گروسکوپی خونریزی

گروه خون بیمار: .....

تاریخ درخواست: ۱۴۰۴/۴/۱۰

ساعت درخواست: ۱۲:۰۰

نام فرآورده مورد نیاز:

☐ گلبول قرمز متراکم RBC تعداد: ..... ☐ خون کامل Whole blood تعداد: .....

☑ گلبول قرمز متراکم کم‌لکوسیت LR-RBC تعداد: ..... ☐ سایر فرآورده‌ها: تعداد: .....

گروه خون فرآورده درخواستی و زمان نیاز:

☑ الف) بلافاصله پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار (بدون انجام گروه خون و تکنیک اسپین فوری)

◉ گروه خون O منفی به ویژه به بیماران خانم در سن باروری

○ گروه خون O مثبت (به آقا و خانم‌های غیر سن باروری) درصورت عدم وجود ذخیره کافی از گروه‌خون O منفی

☐ ۳۰-۱۰ دقیقه پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه خون بیمار، تعیین گروه خون Rh, ABO انجام تکنیک اسپین فوری (IS)، تحویل خون و سپس انجام کراس‌مچ استاندارد

اینجانب ..... پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس را می‌پذیرم.

پزشک
درخواست کننده خون و فرآورده
و مهر نظام پزشکی

توجه: • کراس‌مچ استاندارد از زمان دریافت درخواست و نمونه توسط بانک خون، ۶۰-۴۵ دقیقه زمان می‌برد.

• پس از ارسال خون در هر دو مورد فوق بایستی بلافاصله کراس‌مچ استاندارد شروع شده و درصورت مشاهده هر گونه ناسازگاری به بخش اطلاع‌رسانی صورت گیرد (ابتدا به صورت تلفنی و سپس مکتوب).

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت فرم درخواست و نمونه: ۱۴۰۴/۰۶/۱۰ ساعت دریافت درخواست و نمونه: ۱۲/۰۲ فرد تحویل‌گیرنده: کامران سیرلائی

مشخصات فرآورده ارسالی:

گروه خون و Rh فرآورده(ها) براساس برچسب سازمان انتقال خون: O+ ۰۴۰۲۵۱۲۳۴۵۶

شماره(های) اهدا: ۰۴۰۲۵۱۲۳۴۵۶

تاریخ ارسال فرآورده(ها): ۰۴/۴/۱۰

نام فرد ارسال‌کننده: کامران سلامی

نام فرد تحویل‌گیرنده: رضا سعیدی

تعداد واحد ارسالی: یک

ساعت ارسال: ۱۲/۰۷

امضاء: کارشناس بانک خون

امضاء:

تکمیل توسط بانک خون

این فرم در دو نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخهٔ دوم در بانک خون باقی مانده و نسخهٔ اصلی جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال گردد.

-1125689
۱۳۸۸/۰۹/۲
1404/12/21-23:37

-1125689
۱۳۸۸/۰۹/۲
1404/12/21-23:37

فرم درخواست خ

INHS

این قسمت ... تکمیل شود:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی:	جنسیت: ☐ مرد ☑ زن
		رسول	۹/۲۴	۱۲۷۵۸۶۶	
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:	
اصفهان	اصفهان		PCU	۳۸۸۵۴۷	

نمونه خون بیمار:

☐ تهیه و قبل از تزریق ارسال شد

☐ ارسال نشد

مشخصات نمونه‌گیر:

تاریخ و ساعت نمونه‌گیری:

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

مطلع نمودن بانک خون:

☐ درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم

☐ تکمیل و ارسال فرم به بانک خون

علت درخواست خون و فرآورده اورژانس: A11

گروه خون بیمار: .....

تاریخ درخواست: ۱۴۰۴/۱۲/۲۱

ساعت درخواست: .....

نام فرآورده مورد نیاز: کواحد PLT اشعه دیده فیلتردار سنگل دونر

☐ گلبول قرمز متراکم RBC تعداد: ..... ☐ خون کامل Whole blood تعداد: .....

☐ گلبول قرمز متراکم کم‌لکوسیت LR-RBC تعداد: ..... ☑ سایر فرآورده‌ها: تعداد: کواحد PLT

گروه خون فرآورده درخواستی و زمان نیاز:

☐ الف) بلافاصله پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار (بدون انجام گروه خون و تکنیک اسپین فوری)

○ گروه خون O منفی به ویژه به بیماران خانم در سن باروری

○ گروه خون O مثبت (به آقا و خانم‌های غیر سن باروری) درصورت عدم وجود ذخیره کافی از گروه‌خون O منفی

☐ ۳۰-۱۰ دقیقه پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه خون بیمار، تعیین گروه خون Rh, ABO انجام تکنیک اسپین فوری (IS)، تحویل خون و سپس انجام کراس‌مچ استاندارد

اینجانب ..... پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس را می‌پذیرم.

امضاء و مهر نظام پزشکی:

دکتر شیما السادات ...
نظام پزشکی: ۱۵۲۴۰

توجه: • کراس‌مچ استاندارد از زمان دریافت درخواست و نمونه توسط بانک خون، ۶۰-۴۵ دقیقه زمان می‌برد.

• پس از ارسال خون در هر دو مورد فوق بایستی بلافاصله کراس‌مچ استاندارد شروع شده و درصورت مشاهده هر گونه ناسازگاری به بخش اطلاع‌رسانی صورت گیرد (ابتدا به صورت تلفنی و سپس مکتوب).

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت فرم درخواست و نمونه: - -/- -/- - - - ساعت دریافت درخواست و نمونه: - -/- - فرد تحویل‌گیرنده: - - - - - - - -

مشخصات فرآورده ارسالی:

فرم درخواست خون و فرآورده های خونی در شرایط اورژانس

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:

نام: محمد | نام خانوادگی: [illegible] | نام پدر: رضا | تاریخ تولد: ۱۳۰۸/۲۶ | کدملی: ۰۰۴۲۷۶۳۶۴ (در صورت دسترسی) | جنسیت: ☑ مرد ☐ زن

استان: اصفهان | شهر: اصفهان | بیمارستان: [illegible] | بخش: ICU | شماره پرونده: P427636۴

نمونه خون بیمار:

تهیه و قبل از تزریق ارسال شد ☑

ارسال نشد ☐

مشخصات نمونه‌گیر: ۲۳۸۱۸۷-۱

امضاء: [illegible]

تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸

علت درخواست خون اورژانس: خونریزی و افت Hb

تاریخ درخواست: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸

گروه خون بیمار: B. Positiv

ساعت درخواست: ۰۴:۴۰

مطلع نمودن بانک خون:

درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم ☑

تکمیل و ارسال فرم به بانک خون ☑

زمان نیاز به خون:

الف) بلافاصله پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار (بدون انجام گروه خون و تکنیک اسپین فوری (IS)) ←
- گروه خون O منفی به ویژه به بیماران خانم در سن باروری ☐
- گروه خون O مثبت در صورت عدم وجود ذخیره کافی از گروه O منفی (به آقا و خانم های غیر سن باروری) ☐

ب) ۳۰-۱۰ دقیقه پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار، تعیین Rh,ABO انجام تکنیک اسپین فوری (IS)، تحویل خون و سپس انجام کراس مچ استاندارد ☐

اینجانب..... پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس را می‌پذیرم.

امضاء و مهر نظام پزشک:

توجه: ● کراس مچ استاندارد از زمان دریافت درخواست و نمونه توسط بانک خون، ۶۰-۴۵ دقیقه زمان می برد.

● پس از ارسال فرآورده در هر دو مورد فوق بایستی بلافاصله کراس مچ استاندارد شروع شده و در صورت مشاهده هر گونه ناسازگاری به بخش اطلاع و آنی صورت گیرد.

نام فرآورده مورد نیاز: یک واحد پلاکت آفرزیس

(PRBC) ☐ تعداد: .....

(Whole Blood) ☐ تعداد: .....

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت درخواست و نمونه: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸ ساعت دریافت درخواست و نمونه: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸ فرد تحویل گیرنده: .....

مشخصات فرآورده ارسالی:

گروه خون و Rh براساس برچسب سازمان انتقال خون:

شماره (های) اهدا:

تعداد واحد ارسالی:

فرم درخواست خون و فرآورده های خونی در شرایط اورژانس

Free Form Ship

INHS

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:

نام: | نام خانوادگی: | نام پدر: حسینعلی | تاریخ تولد: ۱۳۲۵/۱/۳ | کدملی: ۱۲۹۱۶۵۷۰۰ (در صورت دسترسی) | جنسیت: ☐ مرد ☑ زن

استان: اصفهان | شهر: اصفهان | بیمارستان: | بخش: ICU | شماره پرونده: P129 165706

نمونه خون بیمار:
تهیه و قبل از تزریق ارسال شد ☑
ارسال نشد ☐

مشخصات نمونه‌گیر:
امضاء:
تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲ ۱۹:۰۰

علت درخواست خون اورژانس: DIC - هنرژیک - PH = 12.000
تاریخ درخواست: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲

گروه خون بیمار: O (positive)
ساعت درخواست: ۲۰:۳۰

مطلع نمودن بانک خون:
درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم ☐
تکمیل و ارسال فرم به بانک خون ☑

زمان نیاز به خون:

الف) بلافاصله پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار ← گروه خون O منفی به ویژه به بیماران خانم در سن باروری ☐
(بدون انجام گروه خون و تکنیک اسپین فوری (IS)) ← گروه خون O مثبت در صورت عدم وجود ذخیره کافی از گروه O منفی (به آقا و خانم های غیر سن باروری) ☐

ب) ۳۰-۱۰ دقیقه پس از دریافت درخواست پزشک و نمونه بیمار، تعیین Rh,ABO انجام تکنیک اسپین فوری (IS)، تحویل خون و سپس انجام کراس مچ استاندارد ☐

اینجانب..... پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس را می‌پذیرم.

امضاء و مهر نظام پزشکی

توجه: ● کراس مچ استاندارد از زمان دریافت درخواست و نمونه توسط بانک خون، ۶۰-۴۵ دقیقه زمان می‌برد.
● پس از ارسال فرآورده در هر دو مورد فوق بایستی بلافاصله کراس مچ استاندارد شروع شده و در صورت مشاهده هرگونه ناسازگاری به بخش اطلاع رسانی صورت گیرد.

نام فرآورده مورد نیاز:
(PRBC) ☐ تعداد: .....
(Whole Blood) ☐ تعداد: .....

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت درخواست و نمونه: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲ | ساعت دریافت درخواست و نمونه: ۲۰:۳۰ | فرد تحویل گیرنده:

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: | امضاء:
تاریخ ارسال کیسه: | ساعت ارسال:
نام شخص تحویل گیرنده: | امضاء:

تکمیل توسط بانک خون

این فرم در ۳ 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 بیمار مجدداً به بخش ارسال گردد.

00.HV.007.GDL/03

فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن توسط بانک خون بیمارستان‌ها
از واحد پخش خون انتقال خون در موارد اورژانس

INHS

مسئول تکمیل فرم:

۱- مسئول بانک خون و پزشک درخواست‌کننده ۲- نماینده بیمارستان جهت تحویل‌گرفتن فرآورده از واحد پخش خون ۳- فرد تحویل‌گیرنده فرآورده در بانک خون بیمارستان

تکمیل توسط پزشک درخواست‌کننده

استان: **اصفهان**	شهرستان: **اصفهان**	نام بیمارستان: [illegible]
نام و نام خانوادگی بیمار: [illegible]	کد ملی بیمار: ۱۱۱۱۱۴۵۲۰[illegible]	شماره پرونده بیمار: ۵۸۳۶۴۶۷
نام پدر: قاسم	تاریخ تولد: ۵۲ سال	جنسیت: ☐ مرد ☑ زن
تشخیص بیماری: [illegible]	میزان هموگلوبین: ۸/۵	میزان پلاکت: ۴۹۷۰۰۰
شرح حال مختصر از بیمار:		
نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک درخواست‌کننده: [illegible]		تاریخ و ساعت: ۱۴۰۴/۱۰/۵ ۲:۳۵

تکمیل توسط مسئول بانک خون

خون و فرآورده‌های آن	O^+	O^-	A^+	A^-	B^+	B^-	AB^+	AB^-	جمع	ملاحظات
خون کامل (Whole Blood)										
گلبول قرمز متراکم (RBC)										
گلبول قرمز کم‌لکوسیت (LR-RBC)										
کیسه خون اطفال (Pediatric RBC)										
پلاکت (PC)			۵							
پلاسمای تازه منجمد (FFP)										
رسوب کرایوپرسیپیتیت (Cryoprecipitate)										

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول بانک خون: [illegible] تاریخ و ساعت درخواست: ۱۴۰۴/۱۰/۵ ۲:۳۵

تکمیل توسط نماینده بیمارستان

نام و نام خانوادگی و امضاء نماینده بیمارستان هنگام تحویل‌گرفتن فرآورده از واحد پخش خون:

تاریخ و ساعت دریافت:

تکمیل توسط فرد تحویل‌گیرنده فرآورده در بانک خون بیمارستان

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد تحویل‌گیرنده فرآورده در بانک خون بیمارستان:

تاریخ و ساعت دریافت فرآورده در بانک خون:

* منظور از توزیع خون و یا فرآورده‌های آن در موارد اورژانس، زمانی است که بنا به تشخیص پزشک معالج، بیمار نیاز به تزریق خون و یا فرآورده(های) آن در مدت زمان معینی دارد (در صورت عدم تزریق خون و یا فرآورده، بیمار ممکن است دچار Morbidity و یا Mortality گردد) و امکان تأمین خون و یا فرآورده(ها)

فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن

INHS

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

نام: | نام خانوادگی: | نام پدر: | تاریخ تولد: | کد ملی: | جنسیت: ☐ مرد ☐ زن

استان: | شهر: | بیمارستان: | بخش: | شماره پرونده:

سابقه:

سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه بروز واکنش‌های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه وجود آنتی‌بادی غیرمنتظره در سرم: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام دارو:

نحوه تجویز:

این قسمت توسط پزشک درخواست‌کننده تکمیل شود

تشخیص بیماری: .....

- علت نیاز به خون و یا فرآورده‌های آن کدام یک از موارد زیر می‌باشد:

☐ کم‌خونی مزمن ☐ کم‌خونی حاد ☐ نقص در تعداد پلاکت ☐ نقص در عملکرد پلاکت

☐ خونریزی ☐ نقص سیستم انعقاد ☐ عمل جراحی (نوع عمل) سایر علل ذکر شود:

- درصورت درخواست فرآورده‌های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl .....
- درصورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت: µl/ .....
- گروه خون و Rh بیمار (درصورت مشخص بودن): .....

خون و فرآورده‌های درخواستی:

☐ خون کامل	Whole Blood (WB)	تعداد ..... واحد	☐ پلاسمای تازه منجمد	Fresh Frozen Plasma (FFP)	تعداد ..... واحد
☐ گلبول قرمز متراکم	Red Blood Cells	تعداد ..... واحد	☐ رسوب کرایو	CryoPrecipitate (CP)	تعداد ..... واحد
☐ گلبول قرمز کم‌لکوسیت	Leukoreduced RBC	تعداد ..... واحد	☐ پلاسمای فاقد کرایو	Cryo Poor Plasma (CPP)	تعداد ..... واحد
☐ کیسه خون اطفال	Pediatric RBC	تعداد ..... واحد	☐ پلاکت	Platelet Concentrate (PC)	تعداد ..... واحد
☐ خون کامل مخلوط	Reconstituted Whole Blood	تعداد ..... واحد	☐ پلاکت آفرزیس	Apheresis Platelet	تعداد ..... واحد
☐ سایر فرآورده‌ها (با ذکر نام).....		تعداد ..... واحد			

توجه: درصورتی‌که درخواست فرآورده شسته‌شده، اشعه‌دیده و یا پلاکت آفرزیس از اهداکننده خاص مد نظر باشد، فرم مخصوص آنها بایستی تکمیل گردد.

نکته مهم

- جهت مدیریت مصرف خون و کاهش میزان ضایعات طبق جدول MSBOS (حداکثر میزان درخواست خون بر اساس نوع عمل جراحی) درخواست گردد.
MSBOS: Maximum Surgical Blood Ordering Schedule
- برای سنجش مدیریت مصرف خون می‌توان از شاخص Crossmatch to Transfusion Ratio (C/T ratio) استفاده نمود که افزایش میزان آن از ۲ نشان‌دهنده درخواست بیش از اندازه خون نسبت به مقدار تزریق خون واقعی می‌باشد.

تست‌های آزمایشگاهی مورد درخواست

☐ گروه خون و Rh ☐ کراس‌مچ ☐ غربالگری آنتی‌بادی

تاریخ و ساعت نیاز به خون و یا فرآورده:

مدت زمان و یا سرعت توصیه شده برای تزریق خون و یا فرآورده:

پزشک معالج:

پزشک درخواست‌کننده:

تاریخ: امضاء و مهر نظام پزشکی:

این قسمت توسط نمونه‌گیر و بانک خون تکمیل شود

اینجانب تأیید می‌نمایم که نمونه خون بیمار با مشخصات قیدشده در این فرم، پس از شناسایی از طریق ☐ پرسش مستقیم از بیمار و یا ☐ مشاهده مچ‌بند اخذ شده و نمونه در همان زمان برچسب زده شده است.

مشخصات نمونه‌گیر: ☐ پرستار ☐ پرسنل آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی: تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: امضاء:

ساعت تحویل نمونه به بانک خون: فرد تحویل‌دهنده: فرد تحویل‌گیرنده:

این فرم در دو نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخهٔ زردرنگ در بانک خون باقی مانده و نسخهٔ اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده بیمار، مجدداً به بخش ارسال شود. در مواقع نیاز به خون اورژانس به جای این فرم، فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن در شرایط اورژانس به شماره 00.HV.007.GDL تکمیل شود.

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

نام: فرزاد	نام خانوادگی: نیازمند	نام پدر: رضا	تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۰۳/۱۳	کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن
استان: اصفهان	شهر: اصفهان	بیمارستان: سلامت	بخش: اورژانس	شماره پرونده: ۱۲۳۴۵	

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

نام: مرد	نام خانوادگی: ناشناس	نام پدر: —	تاریخ تولد: —	کد ملی: —	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن
استان: اصفهان	شهر: اصفهان	بیمارستان: سلامت	بخش: اورژانس	شماره پرونده: ۱۲۳۴۵۶	

نام: نوزاد بچه اول دختر	نام خانوادگی: صابری	نام پدر: علی	تاریخ تولد: ۱۴۰۴/۰۳/۲۴	کد ملی: ندارد	جنسیت: ☐ مرد ☑ زن
استان: اصفهان	شهر: اصفهان	بیمارستان: سلامت	بخش: نوزادان	شماره پرونده: ۱۲۳۴۵۶	

این قسمت توسط پر[illegible]کمیل شود

نام: محمد	نام خانوادگی: تاجیک	نام پدر: علی	تاریخ تولد: ۵۴/۲/۱	کد ملی: —	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن
استان: اصفهان	شهر: اصفهان	بیمارستان: سلامت	بخش: مرکزی	شماره پرونده: ۱۲۳۴۵	
سابقه:					

سابقه:

سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته:	☑ بلی	☐ خیر	☐ نامشخص
سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته:	☐ بلی	☐ خیر	☐ نامشخص
سابقه بروز واکنش‌های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده:	☐ بلی	☑ خیر	☐ نامشخص
سابقه وجود آنتی‌بادی غیرمنتظره در سرم:	☐ بلی	☐ خیر	☑ نامشخص

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می‌باشد؟

☐ بلی ☑ خیر

نام دارو:

نحوه تجویز:

این قسمت توسط پزشک درخواست‌کننده تکمیل شود

تشخیص بیماری: .....G.I.B.....

- علت نیاز به خون و یا فرآورده‌های آن کدام یک از موارد زیر می‌باشد:

☐ کم‌خونی مزمن ☐ کم‌خونی حاد ☐ نقص در تعداد پلاکت ☐ نقص در عملکرد پلاکت

☑ خونریزی ☐ نقص سیستم انعقاد ☐ عمل جراحی (نوع عمل) سایر علل ذکر شود:

- درصورت درخواست فرآورده‌های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl .....۶.....

- درصورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت: µl/ ....۲۱۸۰۰۰۰....

- گروه خون و Rh بیمار (درصورت مشخص بودن): .....O+.....

خون و فرآورده‌های درخواستی:

☐ خون کامل	Whole Blood (WB)	تعداد ..... واحد	☐ پلاسمای تازه منجمد	Fresh Frozen Plasma (FFP)	تعداد ..... واحد
☐ گلبول قرمز متراکم	Red Blood Cells	تعداد ..... واحد	☐ رسوب کرایو	CryoPrecipitate (CP)	تعداد ..... واحد
☑ گلبول قرمز کم‌لکوسیت	Leukoreduced RBC	تعداد .....۲..... واحد	☐ پلاسمای فاقد کرایو	Cryo Poor Plasma (CPP)	تعداد ..... واحد
☐ کیسه خون اطفال	Pediatric RBC	تعداد ..... واحد	☐ پلاکت	Platelet Concentrate (PC)	تعداد ..... واحد
☐ خون کامل مخلوط	Reconstituted Whole Blood	تعداد ..... واحد	☐ پلاکت آفرزیس	Apheresis Platelet	تعداد ..... واحد
☐ سایر فرآورده‌ها (با ذکر نام).....		تعداد ..... واحد			

توجه: درصورتی‌که درخواست فرآورده شسته‌شده، اشعه‌دیده و یا پلاکت آفرزیس از اهداکننده خاص مد نظر باشد، فرم مخصوص آنها بایستی تکمیل گردد.

این قسمت توسط پزشک درخواست‌کننده تکمیل شود

تشخیص بیماری: .....کم‌خونی.....

- علت نیاز به خون و یا فرآورده‌های آن کدام یک از موارد زیر می‌باشد:

☑ کم‌خونی مزمن ☐ کم‌خونی حاد ☐ نقص در تعداد پلاکت ☐ نقص در عملکرد پلاکت

☐ خونریزی ☐ نقص سیستم انعقاد ☐ عمل جراحی (نوع عمل) سایر علل ذکر شود:

- درصورت درخواست فرآورده‌های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl .....۵/۲.....
- درصورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت: µl/ .....۲۴۸۰۰۰۰.....
- گروه خون و Rh بیمار (درصورت مشخص بودن): .....A+.....

خون و فرآورده‌های درخواستی:

☐ خون کامل	Whole Blood (WB)	تعداد ..... واحد	☑ پلاسمای تازه منجمد	Fresh Frozen Plasma (FFP)	تعداد ..... واحد
☐ گلبول قرمز متراکم	Red Blood Cells	تعداد ..... واحد	☐ رسوب کرایو	CryoPrecipitate (CP)	تعداد ..... واحد
☐ گلبول قرمز کم‌لکوسیت	Leukoreduced RBC	تعداد ..... واحد	☐ پلاسمای فاقد کرایو	Cryo Poor Plasma (CPP)	تعداد ..... واحد
☐ کیسه خون اطفال	Pediatric RBC	تعداد ..... واحد	☐ پلاکت	Platelet Concentrate (PC)	تعداد ..... واحد
☐ خون کامل مخلوط	Reconstituted Whole Blood	تعداد ..... واحد	☐ پلاکت آفرزیس	Apheresis Platelet	تعداد ..... واحد
☐ سایر فرآورده‌ها (با ذکر نام).....		تعداد ..... واحد			

توجه: درصورتی‌که درخواست فرآورده شسته‌شده، اشعه‌دیده و یا پلاکت آفرزیس از اهداکننده خاص مد نظر باشد، فرم مخصوص آنها بایستی تکمیل گردد.

نکته مهم

- جهت مدیریت مصرف خون و کاهش میزان ضایعات طبق جدول MSBOS (حداکثر میزان درخواست خون بر اساس نوع عمل جراحی) درخواست گردد.

MSBOS: Maximum Surgical Blood Ordering Schedule

- برای سنجش مدیریت مصرف خون می‌توان از شاخص Crossmatch to Transfusion Ratio (C/T ratio) استفاده نمود که افزایش میزان آن از ۲ نشان‌دهنده درخواست بیش از اندازه خون نسبت به مقدار تزریق خون واقعی می‌باشد.

تست‌های آزمایشگاهی مورد درخواست

☐ گروه خون و Rh ☑ کراس‌مچ ☐ غربالگری آنتی‌بادی

تاریخ و ساعت نیاز به خون و یا فرآورده: ۱۴۰۴/۳/۲۶ ۱۸/۰۰

مدت زمان و یا سرعت توصیه شده برای تزریق خون و یا فرآورده: ۲ ساعت

پزشک معالج:

پزشک درخواست‌کننده:

تاریخ:

پزشک
درخواست کننده خون و فرآورده

امضاء و مهر نظام پزشکی:

این قسمت توسط نمونه‌گیر و بانک خون تکمیل شود

اینجانب تأیید می‌نمایم که نمونه خون بیمار با مشخصات قیدشده در این فرم، پس از شناسایی از طریق ☑ پرسش مستقیم از بیمار و یا ☑ مشاهده مچ‌بند اخذ شده و نمونه در همان زمان برچسب زده شده است.

مشخصات نمونه‌گیر: ☑ پرستار ☐ پرسنل آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی: مریم یزدانی

تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۴۰۴/۳/۲۶ ۱۷/۴۰ امضاء: پرستار تکمیل کننده فرم

ساعت تحویل نمونه به بانک خون: ۱۷/۴۵

فرد تحویل‌دهنده: احمد محمدی

فرد تحویل‌گیرنده: شهاره فروزنده

این فرم در دو نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زردرنگ به بانک خون باقی مانده و نسخهٔ اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده بیمار، مجدداً به بخش ارسال شود. در مواقع نیاز به خون اورژانس به جای این فرم، فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن در شرایط اورژانس به شماره 00.HV.007.GDL تکمیل شود.

تکمیل توسط نمونه‌گیر

فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده‌های گلبول قرمز متراکم

INHS

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

توجه: پرستار گرامی، بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:

مشخصات بیمار و وضعیت فرآورده ارسالی

- آیا هویت دریافت‌کننده خون و یا فرآورده (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری و یا اطلاعات مهچند و یا شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟
  ☑ بلی ☐ خیر توضیحات:
- آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه خون با اطلاعات موجود بر روی فرم مشخصات فرآورده ارسالی همخوانی دارد؟
  ☑ بلی ☐ خیر توضیحات:
- تاریخ انقضاء خون و یا فرآورده: ☑ مناسب ☐ نامناسب
- بررسی وضعیت ظاهری کیسه: ☑ مناسب ☐ نامناسب
- ☑ کنترل شد. نام و نام خانوادگی تزریق‌کننده: سمیه یزدانی
- ☑ کنترل شد. نام و نام خانوادگی شاهد بر تزریق: فرزانه صیدزادی

پرستار تزریق کننده خون

امضاء: پرستار شاهد

ثبت زمان تحویل فرآورده

درصورتی که بیمار به شیفت / بخش دیگری تحویل داده شود: نام بخش: جراحی تاریخ: ۱۴۰۴/۴/۱۰
ساعت تحویل بیمار: ۱۴/۰۰ نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار تحویل‌گیرنده: اسیه فرجادی

درصورت عدم تأیید هریک از موارد فوق، به هیچ وجه خون را تزریق ننموده و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک هموویژیلانس و یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.

تاریخ تحویل فرآورده به بخش: ۱۴۰۴/۴/۱۰ ساعت تحویل کیسه فرآورده به بخش بیمارستان: ۱۳/۰۵
سایز و یا رنگ سرسوزن مورد استفاده: ۱۸/۰۰

مهم: فرآورده RBC بایستی حداکثر ظرف ۳۰ دقیقه پس از خروج از یخچال بانک خون تزریق شود.
درصورت عدم استفاده در این مدت، آن را سریعاً به بانک خون عودت دهید.

ثبت علائم حیاتی بیمار

علائم حیاتی بیمار	پلاکت قبل از تزریق	۱۵ دقیقه پس از شروع تزریق	۲۰ 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
درجه حرارت	۳۶/۸	۳۶/۷	۳۷	۳۶/۹	۳۶/۸	۳۷	۳۶/۹
فشار خون	۱۱۵/۵۵	۱۲۰/۵۵	۱۱۶/۶۰	۱۲۵/۶۵	۱۳۰/۶۵	۱۲۰/۵۸	۱۱۵/۵۵
تعداد نبض	۷۸	۷۹	۸۳	۸۰	۷۹	۹۲	۸۳
تعداد تنفس	۱۸	۱۹	۱۸	۱۸	۲۰	۱۸	۱۹
حال عمومی بیمار (Good-ill-Toxic)	*	*					
ظاهر ادرار (در صورت داشتن سوند از نظر خونی بودن و حجم)	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود

نام فرآورده: L.RBC تاریخ انقضاء فرآورده: ۱۴۰۴/۴/۳۰
شماره کیسه: ۰۴-۲۵۱۲۴۴۵۶
گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون: Antibody screening: —
☑ سازگار
☐ تحویل خون O منفی و درحال انجام کراس‌مچ استاندارد ☐ تحویل خون همگروه و در حال انجام کراس‌مچ استاندارد
Crossmatch:
گروه خون و Rh بیمار: O+ تاریخ انجام آزمایش: ۱۴۰۴/۴/۱۰
بیمارستان / مرکز درمانی: سلامت استان: اصفهان شهر: اصفهان بخش: داخلی
نام و نام خانوادگی بیمار: فرهاد نیازمند نام پدر: علی کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰
شماره پرونده بیمار: ۱۲۳۴۵ تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۰۳/۱۴
جنسیت: ☐ زن ☑ مرد تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون و یا فرآورده خونی: ۱۴۰۴/۴/۱۰ — ۱۲/۰۰
نام فرآورده درخواستی توسط پزشک: L.RBC نام و نام خانوادگی و امضاء انجام‌دهنده آزمایش: [illegible]
ساعت و تاریخ ارسال فرآورده: ۱۳/— ۱۴۰۴/۴/۱۰ نام و نام خانوادگی و امضاء ارسال‌کننده: [illegible]
نام فرد تحویل‌گیرنده: سرکاری خسروی امضاء:

کارشناس بانک خون

قسمت‌های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود:

شماره پرونده (توسط تزریق‌کننده نوشته شود): ۱۲۳۴۵

شماره پرونده ذکرشده در فوق با شماره پرونده بیمار مجدداً مطابقت داده شود.

توجه: لطفاً این فرم تا پایان تزریق نگهداری شود. زمانی که تزریق خون انجام شد و یا به علتی 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.

درصورت تزریق خون و یا فرآورده آن قسمت زیر تکمیل شود.

درصورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر شود:

تاریخ تزریق: ۱۴۰۴/۴/۱۰
ساعت شروع تزریق: ۱۳/۲۰
ساعت پایان تزریق: ۱۶/۰۰
حجم فرآورده تزریق شده: ۳۴۲

آیا تزریق خون و یا فرآورده آن با بروز واکنش همراه بوده است؟ ☐ بلی ☑ خیر

ساعت شروع مجدد تزریق (درصورت بروز واکنش و تصمیم بر شروع مجدد تزریق پس از قطع اولیه): ندارد

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

00.HV.008.GDL/04

فرم نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد (FFP)– پلاکت –کرایوپرسیپیتیت

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود

INHS

بیمارستان / مرکز درمانی: سلامت — استان: اصفهان — شهر: اصفهان

نام و نام خانوادگی بیمار: فرهاد شاه‌زمانی — نام پدر: حسن — بخش: داخلی

شماره پرونده بیمار: ۱۲۳۴۵ — کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰

گروه خون و Rh بیمار: O+ — تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۳/۱۰

جنسیت: ☐ زن ☑ مرد — نام فرآورده(های) درخواستی توسط پزشک و تعداد: PLT ۲

تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون و فرآورده‌ها: ۰۴/۳/۱۷ ۲۲/—

نام فرد ارسال‌کننده و امضاء: مرضیه داخلی — نام فرد تحویل‌گیرنده و امضاء: علی رحیمی

ساعت و تاریخ ارسال فرآورده(ها): ۰۴/۳/۲۶ ۲۳/۰۰

نام فرآورده(ها)	شماره کیسه	تاریخ انقضاء	گروه خون و Rh	ترتیب تزریق
PLT	۰۴۰۰۲۵۱۲۳۴۵۶	۰۴/۳/۱۸	O+	۲
PLT	۰۴۰۰۲۵۶۵۴۳۲۱	۰۴/۳/۱۸	O+	۱

* پرستار محترم: لطفاً ترتیب تزریق فرآورده‌های فوق را با توجه به شماره کیسه، در ستون صورتی رنگ مشخص نمایید.

قسمت‌های پایین توسط پرستار تکمیل شود

علائم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	اولین فرآورده	دومین فرآورده	سومین فرآورده	چهارمین فرآورده	پنجمین فرآورده	۴ ساعت پس از پایان تزریق
درجه حرارت	۳۶/۸	۳۶/۹	۳۶/۵				۳۶/۷
فشار خون	۱۲۰/۶۰	۱۱۵/۶۰	۱۲۲/۷۷				۱۲۵/۶۸
تعداد نبض	۱۸	۱۸	۱۹				۱۹
تعداد تنفس	۲۱	۲۲	۲۲				۲۱
حال عمومی (Good-Ill-Toxic)	هوشیار	هوشیار	هوشیار				

توجه: پرستار گرامی، بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:

آیا هویت دریافت‌کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مچ بند پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون و با یکدیگر مطابقت دارد؟ ☑ بلی ☐ خیر — توضیحات:

آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه خون با اطلاعات موجود برروی فرم مشخصات فرآورده ارسالی از بانک خون همخوانی دارد؟ ☑ بلی ☐ خیر — توضیحات:

تاریخ انقضاء فرآورده(ها): ☑ مناسب ☐ نامناسب — توضیحات:

بررسی وضعیت ظاهری کیسه: ☑ مناسب ☐ نامناسب

☑ کنترل شد — نام و نام خانوادگی تزریق‌کننده: — امضاء:

☑ کنترل شد — نام و نام خانوادگی شاهد بر تزریق: — امضاء:

پرستار تزریق کننده خون

پرستار شاهد

درصورتی که بیمار به شیفت / بخش دیگری تحویل داده شود: نام بخش: داخلی — تاریخ: ۰۴/۳/۱۸

ساعت تحویل بیمار: ۲۴/— — نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار تحویل‌گیرنده: احمد محمدی

درصورت عدم تأیید هریک از موارد فوق، به هیچ وجه فرآورده را تزریق ننموده و کیسه فرآورده را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک هموویژلانس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.

تاریخ تحویل فرآورده(ها) به بخش: ۰۴/۳/۲۶ — ساعت تحویل فرآورده(ها) به بخش بیمارستان: ۲۳/۱۰

سایز و یا رنگ سرسوزن مورد استفاده: ۱۸

مهم: کرایو پس از ذوب فقط حداکثر تا ۶ ساعت در دمای اتاق قابل نگهداری و مصرف است.
چنان‌چه پلاسمای تازه منجمد (FFP) پس از ذوب شدن مورد استفاده قرار نگیرد، می‌توان آن را در یخچال بانک خون در دمای ۲ تا ۶ درجه سانتی‌گراد گذاشت و تا ۲۴ ساعت، هنوز هم به عنوان پلاسمای تازه مورد استفاده قرار داد.

** توجه: لطفاً این فرم تا انتهای تزریق نگهداری شود. زمانی‌که تزریق فرآورده انجام شد و یا به علتی تزریق نگردید پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید.

درصورت تزریق فرآورده(ها) قسمت زیر تکمیل شود:

تاریخ تزریق فرآورده(ها): ۰۴/۳/۲۶

ساعت شروع تزریق: ۲۳/۱۰

ساعت پایان تزریق: ۲۳/۳۰

حجم فرآورده(های) تزریق‌شده: ۶۵

درصورت عدم تزریق باید فرآورده(ها) به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر شود:

آیا تزریق فرآورده(ها) با بروز واکنش همراه بوده است؟ ☐ بلی ☑ خیر

ساعت شروع مجدد تزریق (درصورت بروز واکنش و تصمیم بر شروع مجدد تزریق پس از قطع اولیه):

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

00.HV.009.GDL/03

نام فرآورده: L.RBC	تاریخ انقضاء فرآورده: ۱۴۰۴/۴/۳۰
شماره کیسه: ۰۴-۲۵۱۲۴۴۵۶	
گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون:	Antibody screening: —
☑ سازگار ☐ تحویل خون O منفی و در حال انجام کراس‌مچ استاندارد ☐ تحویل خون همگروه و در حال انجام کراس‌مچ استاندارد	Crossmatch:
گروه خون و Rh بیمار: O+	تاریخ انجام آزمایش: ۱۴۰۴/۴/۱۰
بیمارستان / مرکز درمانی: سلامت استان: اصفهان شهر: اصفهان بخش: داخلی	
نام و نام خانوادگی بیمار: فرهاد نیازمند	نام پدر: علی کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰
شماره پرونده بیمار: ۱۲۳۴۵	تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۰۳/۱۳
جنسیت: ☐ زن ☑ مرد	تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون و یا فرآورده خونی: ۱۴۰۴/۴/۱۰ — ۱۲:۰۰
نام فرآورده درخواستی توسط پزشک: L.RBC	نام و نام خانوادگی و امضاء انجام‌دهنده آزمایش: [illegible] اصفهان
ساعت و تاریخ ارسال فرآورده: ۱۳:— ۱۴۰۴/۴/۱۰	نام و نام خانوادگی و امضاء ارسال کننده: [illegible]
نام فرد تحویل گیرنده: سرگلی خسروی	امضاء

کارشناس بانک خون

قسمت‌های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود:

شماره پرونده (توسط تزریق کننده نوشته شود): ۱۲۳۴۵	

بیمارستان / مرکز درمانی: سلامت استان: اصفهان شهر: اصفهان

نام و نام خانوادگی بیمار: فرهاد نیازمند | نام پدر: حسن | بخش: داخلی

شماره پرونده بیمار: ۱۲۳۴۵ | کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰

گروه خون و Rh بیمار: O+ | تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۳/۱۰

جنسیت: ☐ زن ☑ مرد | نام فرآورده(های) درخواستی توسط پزشک و تعداد: PLT ۲

تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون و فرآورده‌ها: ۰۴/۳/۱۷ ۲۲/۰۰

نام فرد ارسال‌کننده و امضاء: مرضیه فاضلی

کارشناس آزمایشگاه

ساعت و تاریخ ارسال فرآورده(ها): ۲۳/۰۰ ۰۴/۳/۲۶

نام فرد تحویل‌گیرنده و امضاء: علی رحیمی

نام فرآورده(ها)	شماره کیسه	تاریخ انقضاء	گروه خون و Rh	ترتیب تزریق
PLT	۰۴۰۰۲۵۱۲۳۴۵۶	۰۴/۳/۱۸	O+	۲
PLT	۰۴۰۰۲۵۶۵۴۳۲۱	۰۴/۳/۱۸	O+	۱

INHS

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود

توجه: پرستار گرامی، بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:

مشخصات بیمار و وضعیت فرآورده ارسالی

آیا هویت دریافت‌کننده خون (ازطریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مچ بند پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون و با یکدیگر مطابقت دارد؟

☑ بلی ☐ خیر توضیحات:

آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه‌خون با اطلاعات موجود برروی فرم مشخصات فرآورده ارسالی از بانک خون همخوانی دارد؟

☑ بلی ☐ خیر توضیحات:

تاریخ انقضاء فرآورده(ها): ☑ مناسب ☐ نامناسب توضیحات:

بررسی وضعیت ظاهری کیسه: ☑ مناسب ☐ نامناسب

☑ کنترل شد نام و نام خانوادگی تزریق‌کننده: امضاء:

☑ کنترل شد نام و نام خانوادگی شاهد بر تزریق: امضاء:

پرستار تزریق کننده خون

پرستار شاهد

درصورتی که بیمار به شیفت / بخش دیگری تحویل داده شود: نام بخش: داخلی تاریخ: ۰۴/۳/۱۸

ساعت تحویل بیمار: ۲۴/ — نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار تحویل‌گیرنده: احمد محمدی

درصورت عدم تأیید هریک از موارد فوق، به هیچ وجه فرآورده را تزریق ننموده و کیسه فرآورده را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک هموویژلانس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.

ثبت تاریخ و ساعت

تاریخ تحویل فرآورده(ها) به بخش: ۰۴/۳/۲۶ ساعت تحویل فرآورده(ها) به بخش بیمارستان: ۲۳/۱۰

سایز و یا رنگ سرسوزن مورد استفاده: ۱۸

مهم: گرایو پس از ذوب فقط حداکثر تا ۶ ساعت در دمای اتاق قابل نگهداری و مصرف است.

قسمت‌های پایین توسط پرستار تکمیل شود

علائم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	حین تزریق اولین هرآورده	حین تزریق سومین هرآورده	حین تزریق سومین هرآورده	حین تزریق چهارمین هرآورده	حین تزریق پنجمین هرآورده	۴ ساعت پس از پایان تزریق
درجه حرارت	۳۶٫۸	۳۶٫۹	۳۶٫۵				۳۶٫۶
فشار خون	۱۲۰/۶۵	۱۱۵/۶۵	۱۲۲/۶۷				۱۲۵/۶۸
تعداد نبض	۱۸	۱۸	۱۹				۱۹
تعداد تنفس	۲۱	۲۲	۲۲				۲۱
حال عمومی (Good-ill-Tesle)	هوشیار	هوشیار	هوشیار				هوشیار

از انجام تزریق و تکمیل فرم، نسخه اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخهٔ صورتی رنگ نیز به بانک خون برگردانده شود.

00.HV.009.GDL./03

ثبت علائم حیاتی بیمار	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
	درجه حرارت	۳۶٫۸	۳۶٫۷	۳۷	۳۶٫۹	۳۶٫۸	۳۷	۳۶٫۹
	فشار خون	۱۱۵/۵۵	۱۲۰/۵۵	۱۱۷/۶۰	۱۲۵/۶۵	۱۲۰/۶۵	۱۲۰/۵۸	۱۱۵/۵۵
	تعداد نبض	۷۸	۷۹	۸۳	۸۰	۷۹	۹۲	۸۳
	تعداد تنفس	۱۸	۱۹	۱۸	۱۸	۲۰	۱۸	۱۹
	حال عمومی بیمار (Good-Ill-Toxic)	*	*					
	ظاهر ادرار (در صورت داشتن سوند از نظر خونی بودن و حجم)	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد

این فرم در سه نسخه تکمیل گردد: نسخهٔ زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخهٔ اصلی و صورتی به همراه فرآورده به بخش ارسال گردد. پس از انجام تز

شماره پرونده ۵ ترشحه در طول ۴ شماره پرونده بیمار مجدداً تطابقت داده شود.

توجه: لطفاً این فرم تا پایان تزریق نگهداری شود. زمانی که تزریق خون انجام شد و یا به علتی 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.

درصورت تزریق خون و یا فرآورده آن قسمت زیر تکمیل شود.	درصورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر شود:
تاریخ تزریق: ۱۴۰۴/۴/۱۰	
ساعت شروع تزریق: ۱۳/۲۰	
ساعت پایان تزریق: ۱۶/۰۰	
حجم فرآورده تزریق شده: ۳۴۲	

آیا تزریق خون و یا فرآورده آن با بروز واکنش همراه بوده است؟ ☐ بلی ☑ خیر

ساعت شروع مجدد تزریق (درصورت بروز واکنش و تصمیم بر شروع مجدد تزریق پس از قطع اولیه):

فرم گزارش واکنش‌های تزریق خون و فرآورده‌های آن

INHS

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام: | نام خانوادگی: | جنسیت: ☐ مرد ☐ زن | تاریخ تولد: / /
کد ملی: | نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی: | بخش محل بروز واکنش:
شهر محل بیمارستان: | استان محل بیمارستان: | شماره پذیرش / پرونده

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری:
علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده: | میزان Hb قبل از تزریق: | شمارش پلاکت قبل از تزریق:
سابقه خانوادگی / سقط جنین (در طول زندگی): ☐ بلی ☐ خیر (در صورت وجود سابقه زمان آخرین خانگی یا سقط: ☐ در کمتر از سه ماه گذشته ☐ در بیشتر از سه ماه گذشته)
تاریخچه بیماری: ☐ فشار خون ☐ بیماری قلبی ☐ بیماری ریوی ☐ اختلال انعقادی ☐ بیماری گوارشی ☐ آلرژی ☐ بیماری کلیوی
سابقه قبلی تزریق خون و فرآورده: ☐ بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) ☐ بلی (در بیشتر از سه ماه گذشته) ☐ خیر / سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: ☐ بلی ☐ خیر
در صورت مصرف آنتی بیوتیک: نام، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز:
در صورت مصرف داروی ضد انعقاد: نام دارو:
علت مصرف داروی ضد انعقاد:

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

نوع فرآورده (تکمیل توسط پرشک)

- ☐ Whole blood (WB)
- ☐ Red Blood Cells (RBC)
- ☐ Leukoreduced RBC
- ☐ Washed RBC
- ☐ Washed LR RBC
- ☐ Irradiated RBC
- ☐ Irradiated LR RBC
- ☐ Pediatric RBC
- ☐ Reconstituted Whole Blood
- ☐ Autologous Blood
- ☐ Fresh Frozen Plasma (FFP)
- ☐ Cryoprecipitate (CP)
- ☐ Cryo Poor Plasma (CPP)
- ☐ Platelet Concentrate (PC)
- ☐ Apheresis Platelet
- ☐ Irradiated Platelet
- ☐ Irradiated Apheresis Platelet

سایر فرآورده‌ها (با ذکر نام):

توضیحات:

- نام فرآورده ABO و Rh کیسه منجر به بروز واکنش:
- شماره کیسه منجر به بروز واکنش:
- Collection date: | تاریخ تزریق کیسه منجر به بروز واکنش:
- ساعت شروع تزریق کیسه منجر به بروز واکنش: ۰۰:۰۰
- واکنش حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده است: ساعت بروز واکنش: ۰۰:۰۰ | ساعت قطع تزریق: ۰۰:۰۰
- حجم تقریبی تزریق شده از کیسه تا زمان بروز واکنش بر حسب میلی‌لیتر:
- آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر | ساعت شروع مجدد تزریق: ۰۰:۰۰
- ساعت اتمام تزریق: ۰۰:۰۰
- کیسه باقی کامل تزریق شده؟ (پس بروز واکنش پس از اتمام تزریق یا قطع تزریق) | ساعت اتمام تزریق: ۰۰:۰۰ | ساعت بروز واکنش: ۰۰:۰۰
- وضعیت پیگیر عکاس تزریق کیسه منجر به بروز واکنش: ☐ تحت پیوشی عمومی (در اتاق عمل) ☐ بی‌حسی نخاعی (در اتاق عمل) ☐ بیهوشی
- چگالیده کیسه منجر به بروز واکنش حاوی RBC (قابل فرم) بوده (با گرم شده است): روشی گرم کردن:

- نوع فرآورده کیسه خون، Rh، شماره کیسه‌های تزریق شده طی ۲۴ ساعت قبل از بروز واکنش (خوراک و دوز):
- تعداد در مجموع (به جز کیسه واکنش):

۴- یافته‌های پس از بروز واکنش:

۴- الف) علائم و نشانه‌های بالینی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته، تشدید یافته است:

علایم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	بعد از بروز واکنش
درجه حرارت		
تعداد تنفس		
فشار خون		
تعداد تنفس		

☐ تب ☐ لرز ☐ دلهوشی ☐ بی‌قراری ☐ تهوع ☐ استفراغ
☐ لرزش ☐ تهوع ☐ رالی ☐ تشنج عضلی ☐ سردرد ☐ کم صورت
☐ پوچ ☐ رالی ☐ استرجوب ☐ برادی‌پنه ☐ آلرژی ☐ سرفه
☐ درد قفسه سینه ☐ درد شکم ☐ درد پشت ☐ درد محل تزریق ☐ افزایش فشار خون ☐ کاهش فشار خون
☐ دالیکاردی ☐ برادیکاردی ☐ قطع ادرار ☐ کم شدن حجم ادرار ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ خونریزی محل آن
سایر علایم:

۴- ب) نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع واکنش: ☐ افیلتراسیون غیرطرفه ☐ بزرگی سایه قلب ☐ اختلال عروق ریوی سایر موارد:

۴- ج) نتایج آزمایشگاهی (پس از بروز واکنش):

نوع آزمایش	قبل از تزریق	بعد از بروز واکنش
ABO-Rh بیمار		
Cross Match (سازگار یا ناسازگار)		
Direct Antiglobulin test (DAT) (در صورت انجام) (مثبت یا منفی)		
Ab Screening (در صورت انجام) (مثبت یا منفی)		

- وجود Hb آزاد در ادرار: ☐ منفی ☐ مثبت
- وجود Hb آزاد در خون (هموگلوبینمی): ☐ منفی ☐ مثبت
- میزان هاپتوگلوبین (Haptoglobin) (پس از بروز واکنش) قبل و بعد تزریق:
- نتیجه کشت کیسه خون بیمار: | نتیجه کشت خون:
- نتیجه رنگ‌آمیزی گرم خون بیمار: | نتیجه رنگ‌آمیزی گرم کیسه:
- میزان پلاکت، کلسیم، بیلی‌روبین، BUN، کراتینین، ALT, LDH, PH (پس از بروز واکنش در صورت انجام):

در صورت گزارش مقادیر بالا و غیرطبیعی هر یک از آزمایشات بالا (مختلف تزریق خون یا فرآورده) بیان مختصر آنها قبل از تزریق خون هر (حتی اندکی) الزامیست.

- کیسه منجر به بروز واکنش: کیسه خون یا فرآورده‌ای است که در زمان شروع واکنش در حال تزریق بوده یا در صورتی که در زمان شروع واکنش، کیسه‌ای تزریق نمی‌شده آخرین کیسه تزریق شده یا کیسه منجر به بروز واکنش تلقی می‌گردد.

تاریخ	امضاء	مهر

08.JIV.007.FRM/06

نام و نام خانوادگی بیمار: | نام بیمارستان:

INHS

۵- تشخیص و شدت واکنش (تکمیل توسط پزشک)

۵- الف) تشخیص نوع واکنش: (فقط یک واکنش انتخاب شود که عنوانی بیشتری با علایم دارد)

- ☑ FNHTR[1]
- ☐ TAD[2]
- ☐ Allergic Reaction
- ☐ TRALI[3]
- ☐ TACO[4]
- ☐ Anaphylaxis
- ☐ PTP[5]
- ☐ Sepsis
- ☐ TA-GVHD[6]
- ☐ Hypotension (در صورت مصرف داروهای ACEI[7] مانند کاپتوپریل، انالاپریل و ... قبل از تزریق خون، نام دارو: .....)
- ☐ Hemolytic Transfusion Reaction (HTR)
  - ☐ Acute
  - ☐ Delayed
  - ☐ Incompatible Blood
  - ☐ Antibodies
  - ☐ Immune
  - ☐ Non Immune
  - ☐ خطا در بخش بیمارستان
  - ☐ عدم انعقاد کیسه خون/فرآورده در بانک خون
  - ☐ اشتباه در انتخاب بیمار
  - ☐ خطا در بانک خون بیمارستان
  - ☐ عدم انعقاد کامل و مطابق در مراحل تزریق خون یا فرآورده
  - ☐ عدم شناسایی صحیح بیمار در مراحل تزریق خون یا فرآورده
- ☐ سایر تشخیص‌ها
- توضیحات:

۵- ب) شدت واکنش: ☑ خفیف (درجه ۱) ☐ شدید (درجه ۲) ☐ تهدیدکننده حیات (درجه ۳-تظهر شوک) ☐ مرگ (درجه ۴)

در صورت مرگ، توضیح شرایط منجر به مرگ:

۶- اقدامات درمانی انجام‌شده پس از بروز واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

- ☑ تجویز تب‌بر
- ☐ تجویز مسکن
- ☐ تجویز آنتی هیستامین
- ☐ تجویز ضد تهوع
- ☐ تجویز آمپرولیه
- ☐ تجویز دیورتیک
- ☐ تجویز وازوپرسورها
- ☐ تجویز آنتی بیوتیک
- ☐ تجویز اکسیژن
- ☐ تهویه مکانیکی
- ☐ انتقال به ICU
- جزئیات:

آیا بیمار از محل تزریق خون، به علت عوارض ناشی یا محتمل تزریقی دیگری، به مراکز درمانی مراجعه کرده است؟ | با ذکر علت:

۷- قابلیت استناد واکنش* (به تعاریف در انتهای ضمیمه دقت شود) - (تکمیل توسط پزشک)

☐ Certain (قطعی) ☑ Probable (محتمل) ☐ Possible (ممکن) ☐ Excluded یا Unlikely (احتمال اندک) ☐ Not Applicable (بدون ارزیابی)

۸- وضعیت بالینی بیمار مرتبط با واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده‌های آن (تکمیل توسط پزشک)

☑ بهبود کامل علائم مرتبط با واکنش ☐ ناتوانی جزیی یا مختصر ☐ ناتوانی شدید یا نقص عضو دائمی ☐ انتقال به بیمارستان دیگر نام بیمارستان مقصد: .....
☐ مرگ ☐ علت مرگ: ۱- تزریق خون و فرآورده‌های آن ۲- بیماری زمینه‌ای ۳- بیماری زمینه‌ای که در بخش فرآورده‌های آن

۹- افراد مرتبط

نام و نام خانوادگی پرستار تزریق کننده خون: | مهر: پرستار تزریق کننده خون
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: | مهر: پرستار تکمیل کننده فرم
نام و نام خانوادگی پزشک معالج: ..... امضاء و مهر نظام پزشکی: ..... | تاریخ: ۱۴۰۰/۰۵/۰۸ | پزشک درخواست کننده خون و فرآورده
نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموویژلانس (یا جانشین): ..... امضاء و مهر نظام پزشکی: ..... | تاریخ: ۱۴۰۰/۰۵/۰۸ | پزشک ارشد هموویژلانس

۱۰- دفتر هموویژلانس پایگاه انتقال خون

نام پایگاه انتقال خون بررسی کننده: ..... تاریخ دریافت فرم گزارش واکنش از بیمارستان: .....
اعلام نظر توسط واحد هموویژلانس پایگاه انتقال خون: ۱- نوع واکنش: ..... ۲- قابلیت استناد: .....
نام و نام خانوادگی پزشک هموویژلانس پایگاه انتقال خون: ..... مهر و امضاء

ضمیمه

- ۱- FNHTR: Febrile Non Hemolytic Transfusion Reaction
- ۲- TAD: Transfusion Associated Dyspnea
- ۳- TRALI: Transfusion Related Acute Lung Injury
- ۴- TACO: Transfusion Associated Circulatory Overload
- ۵- PTP: Post Transfusion Purpura
- ۶- TA-GVHD: Transfusion Associated Graft Versus Host Disease
- ۷- ACEI: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors

*میزان قابلیت استناد واکنش‌های ناشی از تزریق خون یا فرآورده:

- Not Applicable (بدون ارزیابی) ← علائمی که اطلاعات موجود برای استناد کافی نباشد یا در ارزیابی شواهد و مستندات علایم مربوط به تزریق خون و فرآورده باشد.
- Excluded یا Unlikely (احتمال اندک) ← علائمی که شواهد به نفع سایر علل قویتر از شک به واکنش ناشی از تزریق خون و فرآورده باشد.
- Possible (ممکن) ← علائمی که شواهد توازن بین سایر علل ایجاد واکنش و یا واکنش ناشی از تزریق خون قائل می‌دهد.
- Probable (محتمل) ← علائمی که شواهد وابسته به نفع واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.
- Certain (قطعی) ← علائمی که شواهد قطعاً به نفع واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.

تاریخ	امضاء	مهر

08.JIV.007.FRM/06

خطا پس از تکمیل فرم، ویژه فرم حداکثر ظرف ۲۴ ساعت پس از وقوع واکنش، از طریق خود بیمار و یا تهیه اسکن از پشت و روی فرم، به پایگاه انتقال خون ارسال نمایید و از ارسال فرم توسط مسئول هموویژلانس پایگاه انتقال خون اطمینان حاصل فرمایید. اصل فرم را زمان تحویل به پایگاه انتقال خون در نظر بیمارستان و کپی آن را در پرونده بیمار نگهداری کنید.

فرم گزارش واکنش‌های تزریق خون و فرآورده‌های آن

INHS

شماره واکنش دراستان

نمره فرم

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام: فرهاد	نام خانوادگی: نیازمند	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن	تاریخ تولد: ۱۳۴۱/۲/۲۴
کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰	نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی: سلامت		بخش محل بروز واکنش: داخلی
شهر محل بیمارستان: اصفهان	استان محل بیمارستان: اصفهان		شماره پذیرش / پرونده: ۱۲۳۴۵

فرم گزارش واکنش‌های تزریق خون و فرآورده‌های آن

INHS

شماره واکنش دراستان

نمره فرم

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام: فرهاد	نام خانوادگی: نیازمند	جنسیت: ☑ مرد ☐ زن	تاریخ تولد: ۹۳/۱
کد ملی: —	نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی: سلامت		بخش محل بروز واکنش: دست و صورت
شهر محل بیمارستان: اصفهان	استان محل بیمارستان: اصفهان		شماره پذیرش / پرونده: ۱۲۳۴۵

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری: سرطان مرحله بزرگ ..... میزان Hb قبل از تزریق: ۷

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده: کم خونی ناشی از شیمی درمانی ..... شمارش پلاکت قبل از تزریق: ۲۸۰۰۰

سابقه حاملگی/ سقط جنین (در طول زندگی): ☐ بلی ☐ خیر | در صورت وجود سابقه، زمان آخرین حاملگی یا سقط: ☐ در کمتر از سه ماه گذشته ☐ در بیشتر از سه ماه گذشته

تاریخچه بیماری: ☑ فشار خون ☑ بیماری قلبی ☐ بیماری‌های عروقی ☐ بیماری ریوی ☑ اختلال انعقادی ☐ بیماری کلیوی ☐ آلرژی ☐ بیماری کبدی

سابقه قبلی تزریق خون و فرآورده: ☐ بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) ☑ بلی (در بیشتر از سه ماه گذشته) ☐ خیر / سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: ☐ بلی ☑ خیر

در صورت مصرف آنتی بیوتیک، نام، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز: سرویپنم ..... ۸ ظهر

در صورت مصرف داروی ضد انعقاد، نام دارو: Plavi x

علت مصرف داروی ضد انعقاد: آنژیوپلاستی قلب

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری: ضعف عمومی حادی ـ سابقه سرطان روده و سینی بزرگی ..... میزان Hb قبل از تزریق: ۷

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده: کم خونی مزمن ..... شمارش پلاکت قبل از تزریق: ۲۸۰۰۰

سابقه حاملگی/ سقط جنین (در طول زندگی): ☐ بلی ☐ خیر | در صورت وجود سابقه، زمان آخرین حاملگی یا سقط: ☐ در کمتر از سه ماه گذشته ☐ در بیشتر از سه ماه گذشته

تاریخچه بیماری: ☑ فشار خون ☑ بیماری قلبی ☐ بیماری‌های عروقی ☐ بیماری ریوی ☐ اختلال انعقادی ☐ بیماری کلیوی ☐ آلرژی ☐ بیماری کبدی

سابقه قبلی تزریق خون و فرآورده: ☐ بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) ☑ بلی (در بیشتر از سه ماه گذشته) ☐ خیر / سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: ☑ بلی ☐ خیر

در صورت مصرف آنتی بیوتیک، نام، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز: .....

در صورت مصرف داروی ضد انعقاد، نام دارو: .....

علت مصرف داروی ضد انعقاد: .....

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

- نام فرآورده، ABO و Rh کیسهٔ منجر به بروز واکنش: PLT O+
- شماره کیسه منجر به بروز واکنش: ۰۴۰۰۲۵۲۴۶۸۰۰
- Collection date: ۱۴۰۴/۴/۵ تاریخ تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش: ۱۴۰۴/۴/۷
- ساعت شروع تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش: ۱۲:۰۰

☑ واکنش حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده است، ساعت بروز واکنش: ۱۲:۱۰

ساعت قطع تزریق: ۱۲:۱۰

- حجم تقریبی تزریق‌شده از کیسه تا زمان بروز واکنش بر حسب میلی‌لیتر: ۲۰
- آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ← ساعت شروع مجدد تزریق: --:--

ساعت اتمام تزریق: --:--

☐ کیسه بطور کامل تزریق‌شده (یعنی بروز واکنش پس از اتمام تزریق رخ داده)، حجم تقریبی: .....

ساعت اتمام تزریق: --:-- ساعت بروز واکنش: --:--

- وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش:

☐ تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) ☐ بی‌حسی نخاعی (در اتاق عمل) ☑ هیچکدام

- چنانچه کیسهٔ منجر به بروز واکنش، حاوی RBC (گلبول قرمز) بوده، آیا گرم شده است؟ خیر روش گرم کردن: .....

نوع فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

- ☐ Whole blood (WB)
- ☐ Red Blood Cells (RBC)
- ☐ Leukoreduced RBC
- ☐ Washed RBC
- ☐ Washed LR RBC
- ☐ Irradiated RBC
- ☐ Irradiated LR RBC
- ☐ Pediatric RBC
- ☐ Reconstituted Whole Blood
- ☐ Autologous Blood
- ☐ Fresh Frozen Plasma (FFP)
- ☐ Cryoprecipitate (CP)
- ☐ Cryo Poor Plasma (CPP)
- ☑ Platelet Concentrate (PC)
- ☐ Apheresis Platelet
- ☐ Irradiated Platelet
- ☐ Irradiated Apheresis Platelet

سایر فرآورده‌ها (با ذکر نام): .....

توضیحات: .....

- نوع فرآورده، گروه خون، Rh و شمارهٔ کیسه‌های تزریق‌شده طی ۲۴ ساعت قبل از بروز واکنش (خوانا و واضح):
  LRBC - O+ (۰۴۰۰۲۵۱۲۳۴۵۶)
  PLT : O+ (۰۴۰۰۲۵۶۸۴۳۲۱)

تعداد در مجموع (به جز کیسهٔ واکنش): .....

فقط یکی از این دو قسمت با توجه به فرایند تزریق کیسه منجر به واکنش باید تکمیل شود.

۴- یافته‌های پس از بروز واکنش:

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

- نام فرآورده، ABO و Rh کیسهٔ منجر به بروز واکنش: PLT O+
- شماره کیسه منجر به بروز واکنش: ۰۴۰۲۵۲۴۶۸۰۰
- Collection date: ۰۴/۰۴/۰۵ تاریخ تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش: ۰۴/۰۴/۰۷
- ساعت شروع تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش: ۱۲:۰۰

☐ واکنش حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده است، ساعت بروز واکنش: --:--

ساعت قطع تزریق: --:--

- حجم تقریبی تزریق‌شده از کیسه تا زمان بروز واکنش بر حسب میلی‌لیتر: .....

- آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده است؟ ☐ بلی ← ساعت شروع مجدد تزریق: --:-- ☐ خیر

ساعت اتمام تزریق: --:--

☐ کیسه بطور کامل تزریق‌شده (یعنی بروز واکنش پس از اتمام تزریق رخ داده)، حجم تقریبی: ۴۵ cc

ساعت اتمام تزریق: ۱۲:۳۰ ساعت بروز واکنش: ۱۲:۴۰

- وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش:

☐ تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) ☐ بی‌حسی نخاعی (در اتاق عمل) ☑ هیچکدام

- چنانچه کیسهٔ منجر به بروز واکنش، حاوی RBC (گلبول قرمز) بوده، آیا گرم شده است؟ ..... روش گرم کردن: .....

نوع فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

- ☐ Whole blood (WB)
- ☐ Red Blood Cells (RBC)
- ☐ Leukoreduced RBC
- ☐ Washed RBC
- ☐ Washed LR RBC
- ☐ Irradiated RBC
- ☐ Irradiated LR RBC
- ☐ Pediatric RBC
- ☐ Reconstituted Whole Blood
- ☐ Autologous Blood
- ☐ Fresh Frozen Plasma (FFP)
- ☐ Cryoprecipitate (CP)
- ☐ Cryo Poor Plasma (CPP)
- ☑ Platelet Concentrate (PC)
- ☐ Apheresis Platelet
- ☐ Irradiated Platelet
- ☐ Irradiated Apheresis Platelet

سایر فرآورده‌ها (با ذکر نام): .....

توضیحات: .....

- نوع فرآورده، گروه خون، Rh و شمارهٔ کیسه‌های تزریق‌شده طی ۲۴ ساعت قبل از بروز واکنش (خوانا و واضح): L.RBC O+ (۰۴۰۲۵۱۲۴۵۴۷)
PLT O+ (۰۴۰۲۵۷۵۴۴۴۱)

تعداد در مجموع (به جز کیسهٔ واکنش): .....

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

- نام فرآورده، ABO و Rh کیسهٔ منجر به بروز واکنش: PLT O+
- شماره کیسه منجر به بروز واکنش: ٤٠٠٢٥٢٤٩٨٠٠
- Collection date: ..... تاریخ تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش: ٠٤/٠٤/٧٠
- ساعت شروع تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش: ١٢:٠٠

☐ واکنش حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده است، ساعت بروز واکنش: ١٢:٣٠

ساعت قطع تزریق: ١٢:٣٠

- حجم تقریبی تزریق‌شده از کیسه تا زمان بروز واکنش بر حسب میلی‌لیتر: 40 cc
- آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده است؟ ☐بلی ☐خیر ← ساعت شروع مجدد تزریق: --:--

ساعت اتمام تزریق: --:--

☐ کیسه بطور کامل تزریق‌شده (یعنی بروز واکنش پس از اتمام تزریق رخ داده)، حجم تقریبی: .....

ساعت اتمام تزریق: ١٢:٣٠ ساعت بروز واکنش: ١٢:٣٠

- وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسهٔ منجر به بروز واکنش:

☐ تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) ☐ بی‌حسی نخاعی (در اتاق عمل) ☐ هیچکدام

- چنانچه کیسهٔ منجر به بروز واکنش، حاوی RBC (گلبول قرمز) بوده، آیا گرم شده است؟ ..... روش گرم کردن: .....

نوع فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

- ☐ Whole blood (WB)
- ☐ Red Blood Cells (RBC)
- ☐ Leukoreduced RBC
- ☐ Washed RBC
- ☐ Washed LR RBC
- ☐ Irradiated RBC
- ☐ Irradiated LR RBC
- ☐ Pediatric RBC
- ☐ Reconstituted Whole Blood
- ☐ Autologous Blood
- ☐ Fresh Frozen Plasma (FFP)
- ☐ Cryoprecipitate (CP)
- ☐ Cryo Poor Plasma (CPP)
- ☑ Platelet Concentrate (PC)
- ☐ Apheresis Platelet
- ☐ Irradiated Platelet
- ☐ Irradiated Apheresis Platelet

سایر فرآورده‌ها (با ذکر نام): .....

توضیحات : .....

- نوع فرآورده، گروه خون، Rh و شمارهٔ کیسه‌های تزریق‌شده طی ۲۴ ساعت قبل از بروز واکنش (خوانا و واضح): L.RBC یک کیسه
PLT کیسه اول
- تعداد در مجموع (به جز کیسهٔ واکنش): .....

فقط یکی از این دو قسمت با توجه به فرآیند تزریق کیسه منجر به واکنش باید تکمیل شود.

۴- یافته‌های پس از بروز واکنش:

۴- الف) علائم و نشانه‌های بالینی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته، تشدید یافته است:

☑ تب ☑ لرز ☐ ناخوشی ☐ بی قراری ☐ تهوع ☐ استفراغ

☐ خارش ☐ کهیر ☐ راش ☐ تنگی‌نفس ☐ سرفه ☐ ادم صورت

☐ ویز ☐ رال ☐ استریدور ☐ برادی‌پنه ☐ تاکی پنه ☐ سردرد

☐ درد قفسه سینه ☐ درد شکم ☐ درد پشت ☐ درد محل تزریق ☐ افزایش فشار خون ☐ کاهش فشار خون

☑ تاکیکاردی ☐ برادیکاردی ☐ قطع ادرار ☐ کم شدن حجم ادرار ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ خونریزی، محل آن:_____

سایر علایم:.....

علایم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	بعد از بروز واکنش
درجه حرارت	۳۶,-	۳۸,۲
تعداد نبض	۷۸	۱۰۰
فشار خون	۱۲۰/۶۰	۱۲۵/۶۵
تعداد تنفس	۱۸	۲۰

۴- یافته‌های پس از بروز واکنش:

۴- الف) علائم و نشانه‌های بالینی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته، تشدید یافته است:

☐ تب ☑ لرز ☐ ناخوشی ☐ بی قراری ☐ تهوع ☐ استفراغ

☐ خارش ☐ کهیر ☐ راش ☐ تنگی‌نفس ☐ سرفه ☐ ادم صورت

☐ ویز ☐ رال ☐ استریدور ☐ برادی‌پنه ☐ تاکی پنه ☐ سردرد

☐ درد قفسه سینه ☐ درد شکم ☐ درد پشت ☐ درد محل تزریق ☐ افزایش فشار خون ☐ کاهش فشار خون

☐ تاکیکاردی ☐ برادیکاردی ☐ قطع ادرار ☐ کم شدن حجم ادرار ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ خونریزی، محل آن:.....

سایر علایم:.....

علایم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	بعد از بروز واکنش
درجه حرارت	۳۶	۳۸,۲
تعداد نبض	۷۸	۱۰۰
فشار خون	—	—
تعداد تنفس	—	—

۴- یافته‌های پس از بروز واکنش:

۴- الف) علائم و نشانه‌های بالینی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته، تشدید یافته است:

علایم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	بعد از بروز واکنش
درجه حرارت	۳۶	—
تعداد نبض	۷۸	—
فشار خون	۱۲۰/۶۵	—
تعداد تنفس	۱۷	—

☑ تب ☑ لرز ☐ ناخوشی ☐ بی قراری ☐ تهوع ☐ استفراغ

☐ خارش ☐ کهیر ☐ راش ☐ تنگی‌نفس ☐ سرفه ☐ ادم صورت

☐ ویز ☐ رال ☐ استریدور ☐ برادی‌پنه ☐ تاکی پنه ☐ سردرد

☐ درد قفسه سینه ☐ درد شکم ☐ درد پشت ☐ درد محل تزریق ☐ افزایش فشار خون ☐ کاهش فشار خون

☐ تاکیکاردی ☐ برادیکاردی ☐ قطع ادرار ☐ کم شدن حجم ادرار ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ خونریزی، محل آن:_____

سایر علایم:.....

۴- ب) نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع واکنش: ☐ انفیلتراسیون دوطرفه ☐ بزرگی سایز قلب ☐ احتقان عروق ریوی سایر موارد: .....

۴- ب) نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع واکنش: ☐ انفیلتراسیون دوطرفه ☐ بزرگی سایز قلب ☐ احتقان عروق ریوی سایر موارد: .....

۴- ج) نتایج آزمایشگاهی (پس از بروز واکنش):

نوع آزمایش	قبل از تزریق	بعد بروز واکنش
ABO-Rb بیمار	O+	O+
Cross Match (سازگار یا ناسازگار)	سازگار	سازگار
Direct Antiglobulin test (DAT) (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		
Ab Screening (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		

- وجود Hb آزاد در ادرار: ☑ منفی ☐ مثبت

- وجود Hb آزاد در خون (هموگلوبینمی): ☑ منفی ☐ مثبت

- میزان O2 Saturation (پالس اکسی متری یا ABG) قبل و بعد تزریق: .....

- نتیجه کشت خون بیمار: عدم رشد ..... نتیجه کشت کیسه خون: عدم رشد .....

- نتیجه رنگ‌آمیزی گرم خون بیمار: ..... نتیجه رنگ‌آمیزی گرم کیسه: .....

- میزان پتاسیم، کلسیم، بیلی‌روبین، BUN، کراتینین، ALT, LDH, PH (پس از بروز واکنش در صورت انجام): .....

Bun: ۱۴ Cr: ۱٫۱

LDH: ۵۴۸ ALT ۵۸

در صورت گزارش مقادیر بالا و غیرطبیعی هر یک از آزمایشات بالا (متعاقب تزریق خون یا فرآورده)، بیان مقادیر آن‌ها قبل از تزریق خون هم (حتی الامکان) الزامیست. .....

LDH: ۵۹۰ ALT انجام نشده

• کیسه منجر به بروز واکنش: کیسه خون یا فرآورده‌ای است که در زمان شروع واکنش در حال تزریق بوده، یا در صورتی که در زمان شروع واکنش، کیسه‌ای تزریق نمی‌شده، آخرین کیسه تزریق‌شده را کیسه منجر به بروز واکنش فرض می‌کنیم.

مدت زمان نگهداری ...

۴-ب) نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع واکنش: ☐ انفیلتراسیون دوطرفه ☐ بزرگی سایز قلب ☐ احتقان عروق ریوی سایر موارد: .....

۴-ج) نتایج آزمایشگاهی (پس از بروز واکنش):

نوع آزمایش	قبل از تزریق	بعد بروز واکنش
ABO-Rh بیمار	O+	
Cross Match (سازگار یا ناسازگار)	سازگار	
Direct Antiglobulin test (DAT) (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		
Ab Screening (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		

به هیچ وجه از علائم (+ و −) استفاده نکنید! در صورت عدم انجام، خانه های جدول را خالی بگذارید.

– وجود Hb آزاد در ادرار: ☐ منفی ☐ مثبت

– وجود Hb آزاد در خون (هموگلوبینمی): ☐ منفی ☐ مثبت

– میزان O2 Saturation (پالس اکسی متری یا ABG) قبل و بعد تزریق: .....

– نتیجه کشت خون بیمار: انجام نشده نتیجه کشت کیسه خون: انجام نشده

– نتیجه رنگ‌آمیزی گرم خون بیمار: ..... نتیجه رنگ‌آمیزی گرم کیسه: .....

– میزان پتاسیم، کلسیم، بیلی‌روبین، BUN، کراتینین، ALT, LDH, PH (پس از بروز واکنش در صورت انجام): .....

انجام نشده

در صورت گزارش مقادیر بالا و غیرطبیعی هر یک از آزمایشات بالا (متعاقب تزریق خون یا فرآورده)، بیان مقادیر آن‌ها قبل از تزریق خون هم (حتی الامکان) الزامیست. .....

* کیسه منجر به بروز واکنش: کیسه خون یا فرآورده‌ای است که در زمان شروع واکنش در حال تزریق بوده، یا در صورتی که در زمان شروع واکنش، کیسه‌ای تزریق نمی‌شده، آخرین کیسه تزریق‌شده را کیسه منجر به بروز واکنش فرض می‌کنیم.

نام بیمارستان:

شماره واکنش درامستان

۵-تشخیص و شدت واکنش (تکمیل توسط پزشک)

۵-الف) تشخیص نوع واکنش: (فقط یک واکنش انتخاب شود که همخوانی بیشتری با علایم دارد)

- [x] FNHTR*1
- [ ] Allergic Reaction
- [ ] Anaphylaxis
- [ ] Sepsis
- [ ] TAD*2
- [ ] TRALI*3
- [ ] TACO*4
- [ ] PTP*5
- [ ] TA-GVHD*6
- [ ] Hypotension (در صورت مصرف داروهای ACEI[7] مانند کاپتوپریل، انالاپریل و ... قبل از تزریق خون، نام دارو:.....)
- [ ] Hemolytic Transfusion Reaction - (HTR)
  - Acute
    - Immune
      - ABO Incompatible Blood
        - بروز خطا در بخش بیمارستان
          - [ ] عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام نمونه‌گیری
          - [ ] عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام تزریق خون یا فرآورده
        - بروز خطا در بانک خون بیمارستان
          - [ ] ارسال اشتباه کیسه فرآورده از بانک خون
          - [ ] اشتباهات تکنیکی و دفتری در تعیین گروه خون
      - Allo antibodies
    - Non Immune
  - Delayed
- [ ] سایر تشخیص‌ها

- توضیحات:.....

۵- ب) شدت واکنش:

- [x] خفیف (درجه ۱)
- [ ] شدید (درجه ۲)
- [ ] تهدیدکننده حیات (درجه ۳ نظیر شوک)
- [ ] مرگ (درجه ۴)

در صورت مرگ، توضیح شرایط منجر به مرگ:.....

۵- ب) شدت واکنش: ☑ خفیف (درجه ۱) ☐ شدید (درجه ۲) ☐ تهدیدکننده حیات (درجه ۳ نظیر شوک) ☐ مرگ (درجه ۴)

در صورت مرگ، توضیح شرایط منجر به مرگ: .....

۶- اقدامات درمانی انجام‌شده پس از بروز واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

☑ تجویز تب بر ☐ تجویز مسکن ☐ تجویز آنتی هیستامین ☐ تجویز ضدتهوع ☐ تجویز استروئید ☐ تجویز دیورتیک ☐ تجویز وازوپرسورها

☐ تجویز آنتی بیوتیک ☐ تجویز اکسیژن ☐ تهویه مکانیکی ☐ انتقال به ICU جزئیات: .....

آیا بیمار از محل تزریق خون، به طور همزمان، دارو یا محلول تزریقی دیگری به جز نرمال سالین دریافت کرده است ؟ با ذکر نام : .....

۷- قابلیت استناد واکنش* (به تعاریف در انتهای ضمیمه دقت شود) - (تکمیل توسط پزشک)

(قطعی) ☐ *Certain* (محتمل) ☑ *Probable* (ممکن) ☐ *Possible* (احتمال اندک) ☐ *Unlike* یا *Exclude* (بدون ارتباط) ☐ *Not Applicable*

۸ - وضعیت بالینی بیمار مرتبط با واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده‌های آن (تکمیل توسط پزشک)

☑ بهبود کامل علائم مرتبط با واکنش ☐ ناتوانی جزیی یا مختصر ☐ ناتوانی شدید یا نقص عضو دائمی ☐ انتقال به بیمارستان دیگر نام بیمارستان مقصد: .....

☐ مرگ ☐ علت مرگ: ۱- تزریق خون و فرآورده‌های آن ☐ ۲- بیماری زمینه‌ای ☐ ۳- بیماری زمینه‌ای و تزریق خون و فرآورده‌های آن

۹ - افراد مرتبط

نام و نام خانوادگی پرستار تزریق‌کننده:..... مهر:

پرستار تزریق کننده خون

نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده فرم:..... مهر:

پرستار تکمیل کننده فرم

نام و نام خانوادگی پزشک معالج:..... امضاء و مهر نظام پزشکی:

پزشک
درخواست کننده خون و فرآورده

تاریخ: ۱۴۰۴/۴/۷

نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموویژلانس (یا جانشین):..... امضاء و مهر نظام پزشکی:

پزشک
ارشد هموویژیلانس

تاریخ: ۱۴۰۴/۴/۸

فرم درخواست خون و فرآورده‌های اشعه‌دیده

INHS

این قسمت توسط پرستار و پزشک معالج تکمیل شود

نام و نام خانوادگی: فرهاد شیرزمند | نام پدر: علی | تاریخ تولد: ۶۲/۳/۱۳ | کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰ | جنسیت: ☑ مرد ☐ زن

استان: اصفهان | شهر: اصفهان | بیمارستان: سلامت | بخش: داخلی | شماره پرونده: ۱۲۳۴۵

سابقه:

سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته: ☑ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه بروز واکنش‌های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده: ☑ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه وجود آنتی‌بادی غیرمنتظره در سرم: ☐ بلی ☐ خیر ☑ نامشخص

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام دارو:

نحوه تجویز:

تشخیص بیماری: AML - شیمی درمانی | گروه خون و Rh بیمار: O+ | گروه خون و Rh درخواست‌شده: O+

علت درخواست:

☐ نوزادان نارس با وزن هنگام تولد کمتر از ۱۲۰۰ گرم ☐ اریتروبلاستوز جنینی ☐ تزریق خون داخل‌رحمی (بیش از ۵ روز از تاریخ اهدا نگذاشته باشد)

☐ سندرم نقص ایمنی مادرزادی ☐ تزریق گرانولوسیت ☐ شیمی‌درمانی با آنالوگ‌های پورین(فلودارابین)

☐ بدخیمی‌های خونی یا تومورهای توپر مانند نوروبلاستوما، سارکوما و لنفوم هوچکین

☑ سرکوب شدید سیستم ایمنی مربوط به شیمی‌درمانی یا درمان با اشعه (رادیوتراپی)

☐ پیوند سلول‌های بنیادی تهیه‌شده از خون بند ناف، مغز استخوان یا خون محیطی

☐ فرآورده‌های تهیه‌شده از بستگان خونی یا از اهداکنندگان منتخب به لحاظ سازگاری HLA یا سازگاری در کراس‌مچ پلاکتی

نام‌خون و فرآورده‌های درخواستی:

☐ گلبول قرمز متراکم اشعه‌دیده Irradiated RBC تعداد ..... واحد ☐ پلاکت اشعه‌دیده Irradiated Platelet تعداد ..... واحد

☑ گلبول قرمز کم‌لکوسیت اشعه‌دیده Irradiated LR RBC تعداد ..... واحد ☐ پلاکت آفرزیس اشعه‌دیده Irradiated Apheresis Platelet تعداد ..... واحد

☐ سایر فرآورده‌ها با ذکر نام تعداد ..... واحد

درصورت درخواست فرآورده‌های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl ....۶/۸....

درصورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت: µl/ ....۲۸۰۰۰۰....

مهر و امضاء پزشک معالج: پزشک درخواست کننده خون و فرآورده

تاریخ و ساعت درخواست:

این قسمت توسط نمونه‌گیر و بانک خون تکمیل شود

☑ پرستار ☐ پرسنل آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی: مریم یزدانی | تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۱/۰۰ | امضاء:

ساعت تحویل نمونه به بانک‌خون: ۱۱/۲۰ | فرد تحویل‌دهنده: احمد مولوی ۰۴/۶/۱۰ | فرد تحویل‌گیرنده: محمد انصاری

این قسمت توسط بانک خون تکمیل شود

ردیف	نوع فرآورده	گروه خون	شماره کیسه فرآورده	نتیجه کراس‌مچ	ردیف	نوع فرآورده	گروه خون	شماره کیسه فرآورده	نتیجه کراس‌مچ
۱	L.RBC	O+	۰۴-۲۵۱۲۳۴۵۶	سازگار					

کارشناس بانک خون

دمای فرآورده(ها) هنگام ارسال: +۵ | تاریخ و ساعت ارسال: ۱۳/۰۰ - ۰۴/۶/۱۰ | 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 آنتی‌بادی اسکرینینگ برای بیمار، درصورتی که نتیجه منفی باشد، می‌توان با قبول مسئولیت پزشک معالج، نتیجه آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ را به همراه فرم درخواست فرآورده اشعه‌دیده برای انتقال خون ارسال نمود تا از فرآورده‌های موجود در انتقال خون اشعه داده شود. پس از دریافت فرآورده اشعه‌دیده از انتقال خون، انجام آزمایشات سازگاری(کراس‌مچ کامل ۳ مرحله‌ای) توسط کارشناس بانک خون بر روی کیسه خون، قبل از تزریق به بیمار الزامی است.

نتیجه آزمایش آنتی‌بادی 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 کیسه‌های دریافتی و گروه خون با اطلاعات مندرج در جدول فوق ☑ بلی ☐ خیر

تاریخ و ساعت دریافت فرآورده(ها) جهت دادن اشعه: ۱۴/۰۰ - ۰۴/۶/۱۰ | دمای فرآورده(ها) هنگام دریافت از مراکز درمانی: +۷

توجه: موارد عدم پذیرش فرآورده(ها) از مراکز درمانی

☐ عدم رعایت زنجیره سرد حین حمل‌ونقل فرآورده(ها)

☐ عدم مطابقت اطلاعات جدول فوق با فرآورده(های) ارسالی

نام و امضاء کارشناس پخش خون:

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

در موارد اورژانس بیمارستان موظف است ۳ ساعت پس از تحویل به پخش خون برای دریافت فرآورده(ها) مراجعه نماید.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات

فرم درخواست خون و فرآورده‌های اشعه‌دیده

INHS

این قسمت توسط پرستار و پزشک معالج تکمیل شود

نام و نام خانوادگی: فرهاد شیازمند | نام پدر: علی | تاریخ تولد: ۶۲/۳/۱۳ | کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰ | جنسیت: ☑ مرد ☐ زن

استان: اصفهان | شهر: اصفهان | بیمارستان: سلامت | بخش: داخلی | شماره پرونده: ۱۲۳۴۵

سابقه:

سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته: ☑ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه بروز واکنش‌های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده: ☑ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه وجود آنتی‌بادی غیرمنتظره در سرم: ☐ بلی ☐ خیر ☑ نامشخص

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام دارو:

نحوه تجویز:

تشخیص بیماری: AML - شیمی درمانی | گروه خون و Rh بیمار: O+ | گروه خون و Rh درخواست‌شده: O+

علت درخواست:

☐ نوزادان نارس با وزن هنگام تولد کمتر از ۱۲۰۰ گرم ☐ اریتروبلاستوز جنینی ☐ تزریق خون داخل‌رحمی (بیش از ۵ روز از تاریخ اهدا نگذاشته باشد)

☐ سندرم نقص ایمنی مادرزادی ☐ تزریق گرانولوسیت ☐ شیمی‌درمانی با آنالوگ‌های پورین(فلودارابین)

☐ بدخیمی‌های خونی یا تومورهای توپر مانند نوروبلاستوما، سارکوما و لنفوم هوچکین

☑ سرکوب شدید سیستم ایمنی مربوط به شیمی‌درمانی یا درمان با اشعه (رادیوتراپی)

☐ پیوند سلول‌های بنیادی تهیه‌شده از خون بند ناف، مغز استخوان یا خون محیطی

☐ فرآورده‌های تهیه‌شده از بستگان خونی یا از اهداکنندگان منتخب به لحاظ سازگاری HLA یا سازگاری در کراس‌مچ پلاکتی

نام‌خون و فرآورده‌های درخواستی:

☐ گلبول قرمز متراکم اشعه‌دیده Irradiated RBC تعداد واحد ☐ پلاکت اشعه‌دیده Irradiated Platelet تعداد واحد

☑ گلبول قرمز کم‌لکوسیت اشعه‌دیده Irradiated LR RBC تعداد واحد ☐ پلاکت آفرزیس اشعه‌دیده Irradiated Apheresis Platelet تعداد واحد

☐ سایر فرآورده‌ها با ذکر نام تعداد واحد

درصورت درخواست فرآورده‌های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl .....۶٫۸.....

درصورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت: µl/ .....۲۸۰۰۰۰.....

مهر و امضاء پزشک معالج:

تاریخ و ساعت درخواست:

پزشک
درخواست کننده خون و فرآورده

این قسمت توسط نمونه‌گیر و بانک خون تکمیل شود

☑ پرستار
☐ پرسنل آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی: مریم یزدانی تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۱/۰۰ امضاء:

ساعت تحویل نمونه به بانک‌خون: ۱۱/۲۰ فرد تحویل‌دهنده: احمد مولوی ۰۴/۴/۱۰ فرد تحویل‌گیرنده: زهرا انصاری

این قسمت توسط بانک خون تکمیل شود

ردیف	نوع فرآورده	گروه خون	شماره کیسه فرآورده	نتیجه کراس‌مچ	ردیف	نوع فرآورده	گروه خون	شماره کیسه فرآورده	نتیجه کراس‌مچ
۱	L.RBC	O+	۰۴-۲۵۱۲۳۴۵۶	سازگار					

کارشناس بانک خون

دمای فرآورده(ها) هنگام ارسال: +۵ تاریخ و ساعت ارسال: ۰۴/۴/۱۰ - ۱۳/ 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 آنتی‌بادی اسکرینینگ برای بیمار، درصورتی که نتیجه منفی باشد، می‌توان با قبول مسئولیت پزشک معالج، نتیجه آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ را به همراه فرم درخواست فرآورده اشعه‌دیده برای انتقال خون ارسال نمود تا از فرآورده‌های موجود در انتقال خون اشعه داده شود. پس از دریافت فرآورده اشعه‌دیده از انتقال خون، انجام آزمایشات سازگاری(کراس‌مچ کامل ۳ مرحله‌ای) توسط کارشناس بانک خون بر روی کیسه خون، قبل از تزریق به بیمار الزامی است.

نتیجه آزمایش آنتی‌بادی 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 کیسه‌های دریافتی و گروه خون با اطلاعات مندرج در جدول فوق ☑ بلی ☐ خیر

تاریخ و ساعت دریافت فرآورده(ها) جهت دادن اشعه: ۰۴/۴/۱۰ - ۱۴/ دمای فرآورده(ها) هنگام دریافت از مراکز درمانی: +۷

توجه: موارد عدم پذیرش فرآورده(ها) از مراکز درمانی

☐ عدم رعایت زنجیره سرد حین حمل‌ونقل فرآورده(ها)

☐ عدم مطابقت اطلاعات جدول فوق با فرآورده(های) ارسالی

نام و امضاء کارشناس پخش خون:

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 ارسال‌گردد. 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 پس از هماهنگی بانک خون با واحد پخش خون انتقال خون با فرم 00.HV.008.FRM اقدام گردد.
در موارد اورژانس بیمارستان موظف است ۳ ساعت پس از تحویل به پخش خون برای دریافت فرآورده(ها) مراجعه نماید.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۵ سال	صفحه ۱ از ۱

فرم درخواست گلبول قرمز شسته‌شده (Washed RBC)

INHS

این قسمت توسط پرستار و پزشک معالج تکمیل شود

نام و نام‌خانوادگی: فرهاد شیازمند | نام پدر: علی | تاریخ تولد: ۶۲/۳/۱۳ | کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰ | جنسیت: ☑ مرد ☐ زن

استان: اصفهان | شهر: اصفهان | بیمارستان: سلامت | بخش: داخلی | شماره پرونده:

سابقه:

سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته: ☑ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه بروز واکنش‌های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده: ☑ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص

سابقه وجود آنتی‌بادی غیرمنتظره در سرم: ☐ بلی ☐ خیر ☑ نامشخص

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام دارو:

نحوه تجویز:

تشخیص بیماری: (HPA)-1a

علت درخواست:

☑ سابقه واکنش آلرژیک شدید یا راجعه به تزریق خون و فرآورده

☐ وجود آنتی‌بادی علیه HPA-1a (آنتی‌ژن اختصاصی پلاکت) در مادر

☐ تزریق خون داخل‌رحمی (IUT)

☐ وجود آنتی‌بادی علیه IgA در بیمار IgA-deficient

☐ بیمار با سابقه پورپورای پس از تزریق خون (PTP) برای جداسازی کمپلمان

☐ سایر موارد با ذکر علت:

نام خون و فرآورده‌های درخواستی

☐ گلبول قرمز متراکم شسته‌شده Washed RBC تعداد واحد

☑ گلبول قرمز کم‌لکوسیت شسته‌شده Washed LR RBC تعداد واحد

گروه خون و Rh بیمار: O+

میزان هموگلوبین: g/dl ۷/۲

مهر و امضاء پزشک معالج: پزشک درخواست کننده خون و فرآورده

تاریخ و ساعت درخواست:

این قسمت توسط نمونه‌گیر و بانک خون تکمیل شود

☑ پرستار ☐ پرسنل آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی: مریم یزدانی

ساعت تحویل نمونه به بانک خون: ۱۱:۲۰

تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۱:۱۰ ۰۴/۶/۱۰ امضاء:

فرد تحویل‌دهنده: احمد سروری

فرد تحویل‌گیرنده: زهرا امضاء

این قسمت توسط بانک خون تکمیل شود

ردیف	شماره کیسه فرآورده (کامل نوشته شود)	گروه خون و Rh کیسه	واکنش کراس‌مچ با افزودن آلبومین / آنتی‌هیومن / دمای اتاق
۱	۰۴۰۰۲۵۱۲۳۴۵۶	O+	سازگار

کارشناس بانک خون

دمای فرآورده(ها) هنگام ارسال: +۶ تاریخ و ساعت ارسال: ۱۳:۰۰ ۰۴/۶/۱۰ نام و امضاء کارشناس بانک خون: احمد سروری

نکته: در شرایط اورژانس و عدم وجود فرآورده با گروه خون مورد نیاز در ذخیره بانک خون و امکان انجام آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ برای بیمار، درصورتی که نتیجه منفی باشد، می‌توان با قبول مسئولیت پزشک معالج، نتیجه آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ را به همراه فرم درخواست گلبول قرمز شسته‌شده برای انتقال خون ارسال نمود تا از فرآورده‌های موجود در انتقال خون شستشو داده شود. پس از دریافت فرآورده شسته‌شده از انتقال خون، انجام آزمایشات سازگاری(کراس‌مچ کامل ۳ مرحله‌ای) توسط کارشناس بانک خون بر روی کیسه خون، قبل از تزریق به بیمار الزامی است.

نتیجه آزمایش آنتی‌بادی 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 کیسه‌های دریافتی و گروه خون با اطلاعات مندرج در جدول فوق ☑ بلی ☐ خیر

تاریخ و ساعت دریافت فرآورده(ها) جهت شستشو: ۱۴:۰۰ ۰۴/۶/۱۰ دمای فرآورده(ها) هنگام دریافت از مراکز درمانی: +۶

توجه: موارد عدم پذیرش فرآورده(ها) از مراکز درمانی

☐ عدم رعایت زنجیره سرد حین حمل‌ونقل فرآورده(ها)

☐ عدم مطابقت اطلاعات جدول فوق با فرآورده(های) ارسالی

نام و امضاء کارشناس پخش خون:

توجه: با توجه به اینکه شستشوی فرآورده در سیستم باز صورت می‌گیرد 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 ماند. 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

فرم درخواست گلبول قرمز شسته‌شده (Washed RBC)

INHS

این قسمت توسط پرستار و پزشک معالج تکمیل شود

نام و نام‌خانوادگی: فرهاد نیازمند | نام پدر: علی | تاریخ تولد: ۶۲/۳/۱۳ | کد ملی: ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰ | جنسیت: ☑ مرد ☐ زن

استان: اصفهان | شهر: اصفهان | بیمارستان: سلامت | بخش: داخلی | شماره پرونده:

سابقه:

سابقه تزریق خون و فرآورده در ۳ ماه گذشته:	☑ بلی	☐ خیر	☐ نامشخص
سابقه حاملگی یا سقط در ۳ ماه گذشته:	☐ بلی	☐ خیر	☐ نامشخص
سابقه بروز واکنش‌های حاد مرتبط با تزریق خون و فرآورده:	☑ بلی	☐ خیر	☐ نامشخص
سابقه وجود آنتی‌بادی غیرمنتظره در سرم:	☐ بلی	☐ خیر	☑ نامشخص

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق خون و فرآورده می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام دارو:

نحوه تجویز:

تشخیص بیماری: (HPA)-1a

علت درخواست:

☑ سابقه واکنش آلرژیک شدید یا راجعه به تزریق خون و فرآورده

☐ وجود آنتی‌بادی علیه HPA-~~۱~~-1a (آنتی‌ژن اختصاصی پلاکت) در مادر

☐ تزریق خون داخل‌رحمی (IUT)

☐ وجود آنتی‌بادی علیه IgA در بیمار IgA-deficient

☐ بیمار با سابقه پوریورای پس از تزریق خون (PTP) برای جداسازی کمپلمان

☐ سایر موارد با ذکر علت:

نام خون و فرآورده‌های درخواستی

☐ گلبول قرمز متراکم شسته‌شده Washed RBC تعداد واحد

☑ گلبول قرمز کم‌لکوسیت شسته‌شده Washed LR RBC تعداد واحد

گروه خون و Rh بیمار: O+

میزان هموگلوبین: g/dl ۷/۲

مهر و امضاء پزشک معالج:

تاریخ و ساعت درخواست:

پزشک
درخواست کننده خون و فرآورده

این قسمت توسط نمونه‌گیر و بانک خون تکمیل شود

☑ پرستار
☐ پرسنل آزمایشگاه

نام و نام خانوادگی: مرسیه یزدانی
ساعت تحویل نمونه به بانک خون: ۱۱:۲۰

تاریخ و ساعت نمونه‌گیری: ۱۰/۴/۰۴ - ۱۱:۰
فرد تحویل‌دهنده: احمد سروی
امضاء:
فرد تحویل‌گیرنده: زهرا انصاری

این قسمت توسط بانک خون تکمیل شود

ردیف	شماره کیسه فرآورده (کامل نوشته شود)	گروه خون و Rh کیسه	واکنش کراس‌مچ با افزودن آلبومین / آنتی‌هیومن / دمای اتاق
۱	۰۴۰۰۲۵۱۲۳۴۵۶	O+	سازگار

کارشناس بانک خون

دمای فرآورده(ها) هنگام ارسال: +۶ تاریخ و ساعت ارسال: ۱۰/۴/۰۴ - ۱۳:۰ نام و امضاء کارشناس بانک خون: احمد سروی

نکته: در شرایط اورژانس و عدم وجود فرآورده با گروه خون مورد نیاز در ذخیره بانک خون و امکان انجام آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ برای بیمار، درصورتی که نتیجه منفی باشد، می‌توان با قبول مسئولیت پزشک معالج، نتیجه آزمایش آنتی‌بادی اسکرینینگ را به همراه فرم درخواست گلبول قرمز شسته‌شده برای انتقال خون ارسال نمود تا از فرآورده‌های موجود در انتقال خون شستشو داده شود. پس از دریافت فرآورده شسته‌شده از انتقال خون، انجام آزمایشات سازگاری(کراس‌مچ کامل ۳ مرحله‌ای) توسط کارشناس بانک خون بر روی کیسه خون، قبل از تزریق به بیمار الزامی است.

نتیجه آزمایش آنتی‌بادی 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 کیسه‌های دریافتی و گروه خون با اطلاعات مندرج در جدول فوق ☑ بلی ☐ خیر

تاریخ و ساعت دریافت فرآورده(ها) جهت شستشو: ۱۰/۴/۰۴ - ۱۴:۰ دمای فرآورده(ها) هنگام دریافت از مراکز درمانی: +۶

توجه: موارد عدم پذیرش فرآورده(ها) از مراکز درمانی
☐ عدم رعایت زنجیره سرد حین حمل‌ونقل فرآورده(ها)
☐ عدم مطابقت اطلاعات جدول فوق با فرآورده(های) ارسالی

نام و امضاء کارشناس پخش خون:

توجه: با توجه به اینکه شستشوی فرآورده در سیستم باز صورت می‌گیرد 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

از توجه شما سپاسگزارم