

ใบขอใช้บริการธนาคารเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

เลขที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเท่านั้น)

ชื่อผู้ป่วย.....
อายุ.....ปี H.N.....
(สำหรับติดสติ๊กเกอร์คนไข้)

การวินิจฉัยโรค..... Ward วั่งเจ้า
วันที่ขอใช้บริการ..... โทร. 055-593060 ต่อ 131

หมู่เลือดผู้ป่วย..... Hct.%
ผู้ป่วย () เคย () ไม่เคย รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดมาก่อน
() เคย () ไม่เคย แพ้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดมาก่อน



(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเท่านั้น)

ชนิดเลือดที่ต้องการใช้

- () Pack red cell.....Unit
() Fresh frozen plasma.....Unit
() Platelet concentrate.....Unit
() Leukocyte poor packed red cellUnit
() Cryoprecipitate.....Unit

***ความรีบด่วนในการใช้ (ต้องระบุทุกครั้ง)

- 1.ด่วนมากที่สุดขอใช้ Packed O cell
2.ด่วนขอใช้เมื่อ X-match ที่อุณหภูมิห้องเสร็จ
3.ด่วนหลังจาก X-match ครบทุกขั้นตอน
4. **4.** ปกติหลังการ X-match ครบทุกขั้นตอน
5.ขอจองไว้ใช้วันที่ เวลาน.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ขอ

ลงชื่อ.....ผู้เจาะเก็บเลือด

หมายเหตุ รายการขอใช้บริการที่ 1-2 ธนาคารเลือดจะดำเนินการให้ต่อเมื่อแพทย์ลงลายมือชื่อรับรองเท่านั้น
ข้าพเจ้า น.พ/พ.ญ.....รับทราบและตระหนักในข้อจำกัดของเลือดที่ใช้กับผู้ป่วยรายนี้
เป็นอย่างดีแต่มีความจำเป็นในการช่วยชีวิต จึงขอรับรองว่าจะดูแล เฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ขณะรับเลือดของผู้ป่วยรายนี้
ลงชื่อแพทย์ผู้รับรอง

ใบขอใช้บริการธนาคารเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

เลขที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเท่านั้น)

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี H.N..... A.N..... Ward...วั่งเจ้า.....
การวินิจฉัยโรค..... วันที่ขอใช้บริการ..... โทร. 055-593060 ต่อ 105.

หมู่เลือดผู้ป่วย..... Hct.%
ผู้ป่วย () เคย () ไม่เคย รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดมาก่อน
() เคย () ไม่เคย แพ้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดมาก่อน



(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเท่านั้น)

ชนิดเลือดที่ต้องการใช้

- () Pack red cell.....Unit
() Fresh frozen plasma.....Unit
() Platelet concentrate.....Unit
() Leukocyte poor packed red cellUnit
() Cryoprecipitate.....Unit

***ความรีบด่วนในการใช้ (ต้องระบุทุกครั้ง)

- 1.ด่วนมากที่สุดขอใช้ Packed O cell
2.ด่วนขอใช้เมื่อ X-match ที่อุณหภูมิห้องเสร็จ
3.ด่วนหลังจาก X-match ครบทุกขั้นตอน
4. **4.** ปกติหลังการ X-match ครบทุกขั้นตอน
5.ขอจองไว้ใช้วันที่ เวลาน.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ขอ

ลงชื่อ.....ผู้เจาะเก็บเลือด

หมายเหตุ รายการขอใช้บริการที่ 1-2 ธนาคารเลือดจะดำเนินการให้ต่อเมื่อแพทย์ลงลายมือชื่อรับรองเท่านั้น
ข้าพเจ้า น.พ/พ.ญ.....รับทราบและตระหนักในข้อจำกัดของเลือดที่ใช้กับผู้ป่วยรายนี้
เป็นอย่างดีแต่มีความจำเป็นในการช่วยชีวิต จึงขอรับรองว่าจะดูแล เฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ขณะรับเลือดของผู้ป่วย
รายนี้

ลงชื่อแพทย์ผู้รับรอง

anti-A

anti-B

anti-AB

Cell group

.....

.....

.....

Cell A

Cell B

Cell O

serum group

.....

.....

.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเท่านั้น)

หมู่เลือด

Rh ☐ Positive ☐ Negative

Antibody อื่นๆ.....

Donor No.	Group	Exp.Date	Blood Component	Crossmatch			result	ผู้ทำ		ผู้จ่ายเลือด		หมายเหตุ
				RT	37 °c	IAT		ชื่อ	เวลา	ชื่อ	เวลา	

Ab screening

O1 O2 O3.....

DAT.....

anti-A

anti-B

anti-AB

Cell group

.....

.....

.....

Cell A

Cell B

Cell O

serum group

.....

.....

.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเท่านั้น)

หมู่เลือด

Rh Positive Negative

Antibody อื่นๆ.....

Donor No.	Group	Exp.Date	Blood Component	Crossmatch			Result	ผู้ทำ		ผู้จ่ายเลือด		หมายเหตุ
				RT	37 °c	IAT		ชื่อ	เวลา	ชื่อ	เวลา	

Ab screening

O1 O2 O3.....

DAT.....