

輸血反應單

年 月 日填

姓名	病歷號碼	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
科別	醫師	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 床號：		

病人發生輸血反應時，醫護人員應注意事項：

1. 除普通皮膚癢疹外，應立即停止輸血(厲害蕁麻疹反應也應立即停止輸血)，並緩慢的予以病患鹽水點滴。聯絡醫師診視病患。
2. 檢查血袋標示之姓名及有關輸資料與病患是否相符
資料相符 資料不相符
3. 即時採集下列檢體：添加抗凝劑(紫蓋真空管)之血液檢體 5 ml，將未輸完之血袋與本表單一併送交血庫。

輸血反應資料：

1. 血品：全血 紅血球濃厚液 洗滌紅血球 其他：
2. 血袋號碼：_____
3. 輸血前：體溫：_____℃；脈搏：_____次/分鐘；血壓：_____mmHg
4. 開始輸血到發生反應有多久(起迄時間)：起：_____ 迄：_____
5. 輸血量：_____ ml
6. 輸血反應時：體溫：_____℃；脈搏_____次/分鐘；血壓：_____mmHg
7. 以前輸過血：是 否
8. 懷孕次數：_____次

輸血反應症狀：

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 癢 | <input type="checkbox"/> 關節痛 | <input type="checkbox"/> 黃疸 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚疹 | <input type="checkbox"/> 下背部痛 | <input type="checkbox"/> 紫斑 |
| <input type="checkbox"/> 發燒 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 血尿 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 輸血處痛或變紅 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 |
| <input type="checkbox"/> 發冷 | <input type="checkbox"/> 臉部潮紅 | <input type="checkbox"/> 血壓上升 |
| <input type="checkbox"/> 嚴重顫抖 | <input type="checkbox"/> 皮膚變白 | <input type="checkbox"/> 血壓降低 |

報告醫師：

※檢驗代碼 93013C

① 聯
 ① ② 護
 理
 站
 ↓
 血
 庫
 ↓
 ① ② 貼
 血
 病
 庫
 歷
 自
 存