

輸血記錄單

①② ③
 血 庫 自 存
 ↓
 護 理 站
 ①②
 ↓ ↓
 貼 血 庫 歷 回 報

病患姓名：		發血時間：					
病歷號碼：		收件編號：					
病患血型：		病患來源： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院/床號_____					
血品	血型	血袋號碼	交叉試驗	單位			
			合 不合	IU			
			合 不合	IU			
			合 不合	IU			
			合 不合	IU			
醫檢師：		領血者：					
血袋號碼	輸血時間	體溫 (°C)	脈搏 (次/分)	呼吸 (次/分)	血壓 (mm Hg)	輸血者	核對者
	開始:___月___日___時___分 結束:___月___日___時___分						
	開始:___月___日___時___分 結束:___月___日___時___分						
	開始:___月___日___時___分 結束:___月___日___時___分						
	開始:___月___日___時___分 結束:___月___日___時___分						
輸血反應： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 反應發生時間：_____月_____日_____時_____分							
有輸血反應時，護理人員應立即記錄反應症狀，並依輸血反應程序執行相關作業 <input type="checkbox"/> 發燒（體溫上升超過1°C） <input type="checkbox"/> 癢 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 臉部潮紅 <input type="checkbox"/> 皮膚變白 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 畏寒 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下背部痛 <input type="checkbox"/> 嚴重顫抖 <input type="checkbox"/> 血紅素尿 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 血壓上升 <input type="checkbox"/> 血壓降低 <input type="checkbox"/> 其他_____							
是否曾經輸過血： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否曾經懷孕： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
報告醫師簽章：_____				護理人員簽章：_____			

* 為維護血液品質，請於2小時內輸用。

* 患者若出現二級以上輸血反應，請開立輸血反應單，採集紫頭管血液5ml，一併將未輸完血袋送交血庫。