

# 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：

- 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。
- 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
- 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：

- 血品：全血 紅血球濃厚液 洗滌紅血球 其他：
- 血袋號碼：\_\_\_\_\_
- 輸血前：體溫：\_\_\_\_\_℃；脈搏：\_\_\_\_\_次/分鐘；血壓：\_\_\_\_\_mmHg
- 開始輸血到發生反應有多久(起迄時間)：起：\_\_\_\_\_ 迄：\_\_\_\_\_
- 輸血量：\_\_\_\_\_ ml
- 輸血反應時：體溫：\_\_\_\_\_℃；脈搏\_\_\_\_\_次/分鐘；血壓：\_\_\_\_\_mmHg
- 以前輸過血：是 否
- 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