



فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده‌های گلبول قرمز متراکم

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود

این قسمت توسط پرستار تکمیل شود



نام فرآورده:		تاریخ انقضاء فرآورده:	
شماره کیسه:		گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون:	
Antibody screening:		Crossmatch:	
☐ سازگار ☐ تحویل خون منفی و در حال انجام کراس‌مچ استاندارد ☐ تحویل خون همگروه و در حال انجام کراس‌مچ استاندارد		☐ تاریخ انجام آزمایش: ☐ تاریخ تولد:	
گروه خون و Rh بیمار:		بیمارستان / مرکز درمانی:	
نام و نام خانوادگی بیمار:		نام پدر:	
شماره پرونده بیمار:		تاریخ تولد:	
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد		تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون و یا فرآورده خونی:	
نام فرآورده درخواستی توسط پزشک:		نام و نام خانوادگی و امضاء انجام‌دهنده آزمایش:	
ساعت و تاریخ ارسال فرآورده:		نام و نام خانوادگی و امضاء ارسال‌کننده:	
نام فرد تحویل‌گیرنده:		امضاء	
قسمت‌های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود:			
شماره پرونده (توسط تزریق‌کننده نوشته شود):		شماره پرونده ذکر شده 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 عللی 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.			
علائم حیاتی بیمار			
۴ ساعت پس از پایان تزریق	۳ ساعت پس از شروع تزریق	۲ ساعت پس از شروع تزریق	۱ ساعت پس از شروع تزریق
۴۰ دقیقه پس از شروع تزریق	۱۵ دقیقه پس از شروع تزریق	بلافاصله قبل از تزریق	درجه حرارت
فشار خون	تعداد نبض	تعداد تنفس	حالت عمومی بیمار (Good-ill-Toxic)
ظاهر ادرار (در صورت داشتن سوند از نظر خونی بودن و حجم)	آیا تزریق خون و یا فرآورده آن با بروز واکنش همراه بوده است؟ ☐ خیر ☐ بلی		
ساعت شروع مجدد تزریق (در صورت بروز واکنش و تصمیم بر شروع مجدد تزریق پس از قطع اولیه):			

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