

免疫血液學及組織相容檢驗申請表

仁伯爵綜合醫院 C.H.C.S.J 鏡湖醫院 K.W.H 科大醫院 U.H

病人和臨床醫生資料					
姓名：			醫療卡編號/住院編號：		
出生日期： 年 月 日			性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
種族： <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 葡國人 <input type="checkbox"/> 土生葡人 <input type="checkbox"/> 其它：					
主診醫生姓名：		部門：		電話：	
醫院血庫檢驗結果及病歷摘要					
醫院血庫檢驗結果	ABO：..... RhD：..... DAT：..... 血紅素：..... g/dl 血小板：..... x 10 ⁹ /L 抗體篩選：SCI SCII SCIII (請附篩選紅細胞抗原組成表)				
臨床診斷					
近日用藥	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 請註明：				
孕產史	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 G..... P..... <input type="checkbox"/> 懷孕中 預產期：.....年.....月.....日 Anti-D 注射：.....年.....月.....日				
輸血史	<input type="checkbox"/> 否				
	<input type="checkbox"/> 是 - 最近一次輸血日期：.....年.....月.....日 - 血液成分種類： <input type="checkbox"/> 紅細胞 <input type="checkbox"/> 新鮮冰凍血漿 <input type="checkbox"/> 血小板 <input type="checkbox"/> 低溫沉澱物 - 輸血數量：.....單位 血液單位編號：..... - 曾有輸血反應？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 血液單位編號：.....				
檢驗項目及樣本要求					
檢驗項目	EDTA 血液	不含抗凝劑 血液	檢驗項目	EDTA 血液	不含抗凝劑 血液
<input type="checkbox"/> 紅細胞抗體鑑定(DAT 陰性)	9ml	---	<input type="checkbox"/> 紅細胞表現型	6ml	---
<input type="checkbox"/> 紅細胞抗體鑑定(DAT 陽性)	12ml	---	<input type="checkbox"/> 紅細胞抗體滴度	6ml	---
<input type="checkbox"/> ABO/RhD 血型鑑定	6ml	---	<input type="checkbox"/> HLA 抗體篩選 (血小板輸注無效)	---	6ml
<input type="checkbox"/> 紅細胞相容試驗 單位	6ml	---	<input type="checkbox"/> 血小板相容試驗 單位	3ml	6ml
樣本收集日期：.....年.....月.....日			樣本收集時間：		
申請檢驗的緊急程度					
<input type="checkbox"/> 緊急	○ 活動性出血 ○ 心衰伴隨心悸 ○ 腦血管疾病 ○ 須於 24 小時內手術 ○ 心絞痛 ○ 與所有血液單位交叉配血不相容 緊急聯絡人：..... 聯絡電話：.....				
<input type="checkbox"/> 盡快	非危急病人，將於 48 小時內做擇期手術或需要輸血				
<input type="checkbox"/> 常規	○ 計劃輸血或手術 預計輸血日期：.....年.....月.....日 ○ 未有輸血或手術計劃				

以下情況，捐血中心有權不接受檢驗申請：

1. 病人資料不清晰
2. 樣本量不足 / 出現滲漏現象
3. 樣本種類與檢驗項目不符
4. 2-8°C 下儲存超過 7 日的樣本

申請人：_____

簽名：_____ 日期：_____年____月____日

CTS-F16r5IH-C
Effective Date: 02/05/2019