

新生兒換血用紅細胞申請表
Request Form for RBC for Neonatal Exchange Transfusion

仁伯爵綜合醫院 H.S.J

鏡湖醫院 K.W.H

科大醫院 U.H

臨床資料 Clinical Details

新生兒 Neonate

姓名 Name : _____

出生日期 Date of Birth : ____/____/____(dd/mm/yy) 可貼上病人標籤
(Please stick patient's identifier label here)

性別 Sex : M F

住院號碼 Admission N^o : _____

臨床診斷 Clinical Diagnosis : _____ 血紅蛋白 Hb: _____ g/dl

總膽紅素 Total Bilirubin : _____ μmol/L 間接膽紅素 Indirect Bilirubin : _____ μmol/L

母親 Mother

姓名 Name : _____ 住院號碼 Admission N^o : _____

懷孕和生產次數 No. of pregnancy & delivery : G__ P__

輸血史 Transfusion History :

無 No

有 Yes 最近一次輸血日期 Date of latest transfusion : ____/____/____(dd/mm/yy)

換血日期 Date for Exchange Transfusion : ____ / ____ / ____ (dd/mm/yy)

申請血液容量 Volume of blood requested : _____ 毫升 ml

兒科醫生 Pediatrician : _____ 聯絡電話 Contact phone N^o : _____

母親血液樣本 Maternal blood sample : 3 ml EDTA Blood (請送往捐血中心, Please Send to MBTS)

新生兒換血用紅細胞特性 Specifications of RBC for neonatal exchange transfusion :

- 一周內收集之血液 Blood collected within one week
- O 型濃縮紅細胞和 AB 型血漿，或與母親和新生兒血漿吻合的 ABO 血型血液
Group "O" RBCs and Group "AB" Plasma, or ABO compatible with maternal or neonate's plasma
- 血液保存劑為 Preservative solution for RBC : CPDA-1 or CPD
- 紅細胞壓積 Hct : 50 - 60%
- 已濾去白細胞及經 γ 射線照射 Leukocyte-depleted and irradiated
- 建議用於血液置換的濃縮紅細胞用量 Recommended volume of RBC for exchange transfusion :
足月兒 Term infant : 80 -160 ml/kg , 早產兒 Premature infant : 100 - 200 ml/kg

CTS-F31r5Co
Effective Date: 17/05/2017



澳門特別行政區政府衛生局
捐血中心

