

兒科 - 小量紅細胞申請表
Request Form - Red Cell Concentrate Mini Pack for Pediatrics

仁伯爵綜合醫院 H.S.J

鏡湖醫院 K.W.H

科大醫院 U.H

病人資料 Patient's Information

姓名 Name : _____

S.S. N° 或住院號碼 Admission N° : _____

出生日期 Date of birth : ____/____/____ (dd/mm/yy)

血型 ABO & RhD : _____, 血紅蛋白 Hb : _____ g/dl

體重 Weight : _____ 公斤 Kg

母親的血型 ABO & RhD group of mother : _____ (適用於 4 個月以下嬰幼兒 for infants under 4 months old)

可貼上病人標籤
(Please stick patient's identifier label here)

所申請血液的 ABO / RhD 血型 Type of ABO / RhD of requested blood : _____

兒科醫生填寫 Pediatrician use only

填妥分別傳真至捐血中心和醫院血庫 Fax this filled up form to MBTS & Hospital Blood Bank-HBB)

- 第一小單位濃縮紅細胞申請，填寫此項 Request for 1st mini pack, fill up the following space
輸血日期 Date of transfusion : ____/____/____ Signature : _____ 分別傳真至: 87914363 和醫院血庫(HBB)
- 第二小單位濃縮紅細胞申請，填寫此項 Request for 2nd mini pack, fill up the following space
輸血日期 Date of transfusion : ____/____/____ Signature : _____ 分別傳真至: 87914363 和醫院血庫(HBB)
- 第三小單位濃縮紅細胞申請，填寫此項 Request for 3rd mini pack, fill up the following space
輸血日期 Date of transfusion : ____/____/____ Signature : _____ 分別傳真至: 87914363 和醫院血庫(HBB)

捐血中心填寫 MBTS use only

發放濃縮紅細胞的捐血編號 Donation N° of issued Red Cell Concentrates _____

- 發放第 1 小單位紅細胞 送出日期 Date of issuing 1st mini pack : ____/____/____ Signature : _____
- 發放第 2 小單位紅細胞 送出日期 Date of issuing 2nd mini pack : ____/____/____ Signature : _____
- 發放第 3 小單位紅細胞 送出日期 Date of issuing 3rd mini pack : ____/____/____ Signature : _____

供兒科病人的小單位血液的特性是 Specifications of mini packed red cell concentrate for pediatrics:

- 經濾去白細胞的濃縮紅細胞 Leukocyte depleted red cell concentrate
 - 經 γ 射線照射的濃縮紅細胞 Irradiated red cell concentrate
 - 紅細胞壓積 Hct : 50% - 75% , 容量 Volume : 50 - 130 ml
 - 是由一 350 或 450ml 全血單位平均分成 3 個小單位 Split off from one unit (350 or 450 ml) of Red Cell Concentrate
- 捐血中心提供此服務需時約兩小時(收到傳真起計) Blood will be issued approximately 2 hours upon receive of the request



澳門特別行政區政府衛生局
捐血中心

