

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

 仁伯爵綜合醫院 H.S.J 鏡湖醫院 H.K.W 科大醫院 U.H

病人資料 Patient's Information

姓名

Name : _____

S.S. N°/住院號碼

Admission N° : _____

可貼上病人標籤

(Please stick patient's identifier label here)

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

輸血史 Transfusion History :

 沒有 No 有 Yes, 最近一次輸血日期 Date of latest transfusion : ____/____/____ (dd/mm/yyyy)

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

計劃輸血日期 Planned date of transfusion :

1st split mini pack ____/____/____ (dd/mm/yyyy) ;2nd split mini pack ____/____/____ (dd/mm/yyyy) ;3rd split mini pack ____/____/____ (dd/mm/yyyy) ;成人 - 小量濃縮紅細胞的特性 **Specificities of Red cell concentrate mini pack for Adult :**

1. 小量紅細胞是由 1 單位濃縮紅細胞分 3 等份制備而成的
1 unit of red cell into 3 splits
2. 每單位小量紅細胞的容量約為 90 - 130 ml
The volume of every split is around 90 - 130 ml
3. 小量紅細胞的最長有效期不超過 40 天
The expiry date of the splits is not more than 40 days

醫生簽名 **Signature of requesting physician :** _____醫生聯絡電話 **Physician's contact phone N° :** _____

日期 Date : ____/____/____

CTS-F50r2Co
Effective Date: 06/06/2017



澳門特別行政區政府衛生局
捐血中心

