

# 新生兒溶血症檢驗申請表

仁伯爵綜合醫院     鏡湖醫院     科大醫院

病人資料	
新生兒姓名：_____	母親姓名：_____
醫療卡編號/住院編號：_____	醫療卡編號/住院編號：_____
出生日期：_____年____月____日	種族： <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 葡國人
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 土生葡人 <input type="checkbox"/> 其他 _____

臨床資料	
<b>懷孕史</b>	
懷孕次數：_____	經產次數：_____    流產次數：_____
<b>輸血史</b>	
新生兒： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	母親： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<b>病史</b>	

檢驗結果	
<b>血型</b>	
母親血型：_____	新生兒血型：_____
<b>新生兒</b> (檢驗日期：_____年____月____日)	
總膽紅素：_____	直接膽紅素：_____
血色素：_____	間接膽紅素：_____
報告送往：_____ 科室，_____ 醫生姓名及員工編號/執照編號，聯絡電話：_____	
醫生簽名：_____	日期：_____
<b>血液樣本要求：</b> 新生兒：1.5 ml 含 EDTA 抗凝劑血樣本(首選臍帶血) 母親：3 ml 含 EDTA 抗凝劑血樣本	血液樣本收集日期：____日____月____年 時間：_____時____分

備註：

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. 在 2-8°C 下儲存超過 7 日的樣本

CTS-F7r4LAB-C  
Effective Date: 31/03/2017