



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 K.W.H

科大醫院 U.H

病人資料 Patient's Information

姓名 Name : _____	請貼上病人標籤 (Please stick patient's identifier label here)
S.S. N° 或住院號碼 Admission N° : _____	
出生日期 Date of birth : ____/____/____ (dd/mm/yy)	
ABO/RhD 血型 ABO/RhD _____	
血紅蛋白 Hemoglobin : _____ g/dl	
輸血史 Transfusion History :	
<input type="checkbox"/> 沒有 No	
<input type="checkbox"/> 有 Yes · 最近一次輸血日期 Date of latest transfusion : ____/____/____ (dd/mm/yyyy)	

醫生填寫 Physician use only

填妥後請傳真至捐血中心(87914363)和醫院血庫 Fax this filled up form to MBTS(87914363) & Hospital Blood Bank

<input type="checkbox"/> 第一小單位濃縮紅細胞預計輸血日期 Planned transfusion date for 1 <sup>st</sup> mini pack : ____/____/____ Signature : _____
<input type="checkbox"/> 第二小單位濃縮紅細胞預計輸血日期 Planned transfusion date for 2 <sup>nd</sup> mini pack : ____/____/____ Signature : _____
<input type="checkbox"/> 第三小單位濃縮紅細胞預計輸血日期 Planned transfusion date for 3 <sup>rd</sup> mini pack : ____/____/____ Signature : _____
醫生簽名 Signature of requesting physician : _____
聯絡電話 Physician's contact phone N° : _____ 日期 Date : ____/____/____

捐血中心專用 MBTS use only

濃縮紅細胞捐血編號 Donation No of issued Red Cell Concentrates _____
<input type="checkbox"/> 發放第 1 小單位紅細胞 送出日期 Date of issuing 1 <sup>st</sup> mini pack : ____/____/____ Signature : _____
<input type="checkbox"/> 發放第 2 小單位紅細胞 送出日期 Date of issuing 2 <sup>nd</sup> mini pack : ____/____/____ Signature : _____
<input type="checkbox"/> 發放第 3 小單位紅細胞 送出日期 Date of issuing 3 <sup>rd</sup> mini pack : ____/____/____ Signature : _____

供成人病人的小單位血液的特性 Specificities of Red cell concentrate mini pack for Adult :

- 小量紅細胞是由 1 單位濃縮紅細胞分 3 等份製備而成 1 unit of red cell into 3 splits
- 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
- 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

