

類型: 表格

標題: 負型 (RhD 陰性) 血型血液/血液成分申請表

Request Form - RhD Negative Blood and Blood Components

仁伯爵綜合醫院 H.S.J

鏡湖醫院 H.K.W

科大醫院 U.H

申請醫生姓名 Requesting Physician: _____

聯絡電話號碼 Physician's Contact N°: _____ 科室 Ward: _____

病人資料 Patient's Information

姓名 Name: _____ 性別 Gender: _____

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

住院號碼 Admission N° 或 SS N°: _____

ABO/RhD 血型 ____ 血紅蛋白 Hemoglobin: ____ g/dl

種族 Ethnic Group:

- 中國人 Chinese 葡國人 Portuguese
 土生葡人 Macanese 其他 Other: _____

臨床診斷 Clinical Diagnosis: _____

可貼上病人標籤

Please stick patient's identifier
label here

血液成分申請 Blood Components Request

血型 Blood Group: Group O RhD negative Group B RhD negative
 Group A RhD negative Group AB RhD negative

成分 Component: 濃縮紅細胞 Red Cell Concentrates: ____ 單位 Units
 新鮮冰凍血漿 Fresh Frozen Plasma: ____ 單位 Units

輸血日期 Date of transfusion: 緊急 Urgent ____/____/____ (dd/mm/yyyy)

預計 7 天內: 不再需要用血 No additional blood unit is needed.
 需要再用血 Additional Units needed:

○ 濃縮紅細胞 Red Cell Concentrates: ____ 單位 Units
○ 新鮮冰凍血漿 Fresh Frozen Plasma: ____ 單位 Units

預計再輸血日期 Expected date of further transfusion ____/____/____

患者若為中國人時, 請檢查患者是否已確定為亞洲型 Del 血型
Should the patient is a Chinese, please confirm the Asian Type Del.

曾否送檢患者樣本確定 RhD? Has the patient's RhD been confirmed?

- 是 Yes ○ 已確定是亞洲型 Del 血型 -- 請使用 RhD 陽性血液成分
Confirmed "Asian-type Del" -- Please use RhD Positive components
○ 已確定不是亞洲型 Del 血型 Confirmed NOT "Asian-type Del".

否 No 請提供 2-3mL EDTA 血樣本至捐血中心 Please send 2-3 mL EDTA blood sample to MBTS.

樣本收集日期和時間 Collection date & time: _____ at _____: _____
(dd/mm/yyyy) (hh:mm)

送樣 Sent by: _____ 接收 Received by: _____ 日期 Date: ____/____/____

醫生簽名 Signature of physician: _____ 日期 Date: ____/____/____

作者: 施綺雯

審核: 蔡少灼

批准: 許萍醫生