



類型：表格

標題：新生兒換血用紅細胞申請表

### 新生兒換血申請表

## Request Form for Neonatal Exchange Transfusion

仁伯爵綜合醫院 H.S.J

鏡湖醫院 K.W.H

科大醫院 U.H

### 臨床資料 Clinical Details

#### 新生兒 Neonate

姓名 Name : \_\_\_\_\_

出生日期 Date of Birth : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

性別 Sex :  M  F

住院號碼 Admission N<sup>o</sup> : \_\_\_\_\_

血紅蛋白 Hb: \_\_\_\_\_ g/dl

總膽紅素 Total Bilirubin : \_\_\_\_\_ μmol/L

間接膽紅素 Indirect Bilirubin : \_\_\_\_\_ μmol/L

可貼上病人標籤

(Please stick patient's identifier label here)

臨床診斷 Clinical Diagnosis : \_\_\_\_\_

#### 母親 Mother

姓名 Name : \_\_\_\_\_

出生日期 Date of Birth : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

住院號碼 Admission N<sup>o</sup> : \_\_\_\_\_

懷孕和生產次數

No. of pregnancy & delivery : G \_\_\_\_ P \_\_\_\_

輸血史 Transfusion History :

無 No

有 Yes 日期 Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(最近一次輸血日期 Date of latest transfusion)

可貼上病人標籤

(Please stick patient's identifier label here)

換血日期 Date for Exchange Transfusion : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

申請血液容量 Volume of blood requested : \_\_\_\_\_ 毫升 ml

兒科醫生(簽名) Pediatrician(Signature) : \_\_\_\_\_

聯絡電話 Contact phone N<sup>o</sup> : \_\_\_\_\_

- 請送 3 ml EDTA 母親血液樣本往捐血中心
- Please send 3 ml EDTA maternal blood sample to MBTS.

#### 血液成分 Blood Component:

- 5 日內收集之血液 Blood collected within 5 days.
- O 型濃縮紅細胞和 AB 型血漿，或與母親和新生兒血漿吻合的 ABO 血型血液。  
Group "O" RBCs and Group "AB" Plasma, or ABO compatible with maternal or neonate's plasma.
- 紅細胞保存液為 CPD. Preservative solution for RBC : CPD
- 紅細胞壓積 Hematokrit : 50 - 60%
- 已濾去白細胞及經 γ 射線照射 Leukocyte-depleted and irradiated
- 建議用於血液置換的濃縮紅細胞用量 Recommended volume of RBC for exchange transfusion :  
足月兒 Term infant : 80 -160 ml/kg, 早產兒 Premature infant : 100 - 200 ml/kg

