



類型：表格

標題：新生兒溶血症檢驗申請表

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： _____ 醫療卡編號/住院編號： _____ 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	母親姓名： _____ 醫療卡編號/住院編號： _____ <input type="checkbox"/> 澳門身份證，編號： _____ <input type="checkbox"/> 非澳門居民 種族： <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 白種人 <input type="checkbox"/> 土生葡人 <input type="checkbox"/> 混血兒 <input type="checkbox"/> 亞洲人： _____ <input type="checkbox"/> 其它： _____
---	--

臨床資料

懷孕史： 懷孕次數： _____ 經產次數： _____ 流產次數： _____	
輸血史： 新生兒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	母親： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
病史： _____	

檢驗結果

血型 母親血型： _____ 新生兒血型： _____	母親紅細胞異體抗體 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，抗體鑑定結果： _____ 檢驗日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
新生兒 (檢驗日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日) 血色素： _____ 直接膽紅素： _____ 總膽紅素： _____ 間接膽紅素： _____	
報告送往： _____ 科室，醫生姓名： _____，員工編號執照編號： _____，聯絡電話： _____	
醫生簽名： _____	日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
血液樣本要求： 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： _____ 年 _____ 月 _____ 日 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

