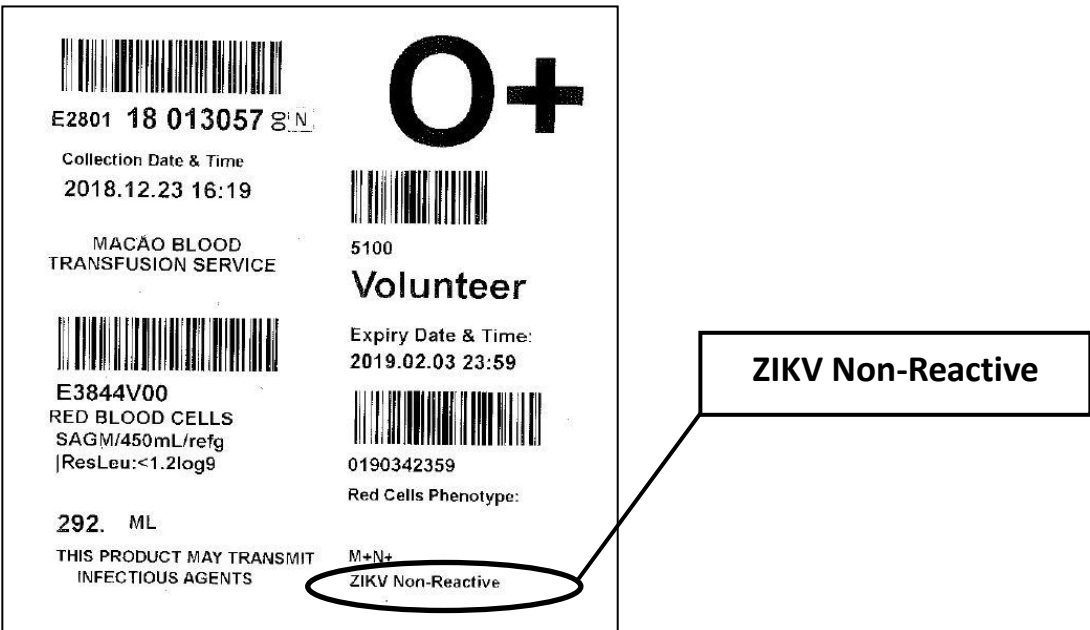


為加強保障本澳的血液安全，捐血中心由即日起，將為部分血液單位進行寨卡病毒檢測，並提供寨卡病毒檢測陰性之血液/血液成分予妊娠中需要輸血的病人使用。詳細介紹如下：

名稱	<p>寨卡病毒檢測陰性的血液/血液成分 包括：濃縮紅細胞、濃縮血小板、新鮮冰凍血漿及低溫沉澱物</p>									
產品圖示和標籤內容										
適用對象	<p>捐血中心將提供寨卡病毒陰性的血液/血液成分予以下病人：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 已確認妊娠且需要輸注血液/血液成分的病人</li> <li>● 不包括： <ul style="list-style-type: none"> <li>× 圍產期/產後的病人 (為準備分娩、引產或剖腹產之患者所備用之血液/血液成分無需檢測寨卡病毒，因為這些血液/血液成份大多將於生產後輸用。)</li> <li>× 終止妊娠的病人</li> <li>× 出現流產、死胎、宮外孕或葡萄胎妊娠的病人</li> </ul> </li> </ul>									
優先配給	<p>如寨卡病毒陰性的血液/血液成分供應緊張時，捐血中心將按以下優先次序供給風險較高的受血者，風險級別如下：</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">高風險</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>妊娠第一期</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>妊娠第二期</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">低風險</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>妊娠第三期</td> </tr> </table>	高風險	↓	妊娠第一期			妊娠第二期	低風險	↓	妊娠第三期
高風險	↓	妊娠第一期								
		妊娠第二期								
低風險	↓	妊娠第三期								

1. 填寫表格：『血液及血液成分申請表』

醫院如需要寨卡病毒陰性的血液/血液成分，可於『血液及血液成分申請表』中的“寨卡病毒核酸陰性之血液成分”欄目中填寫申請；

醫院血液及血液成分申請 (醫院血庫專用)  
Blood and Blood Components Request (For Hospital Blood Bank Use Only)

血液成分(單位) Blood Component (unit)	已協議庫存量 Agreed level	O +	A +	B +	AB +	Total
濃縮紅細胞 Red Blood Cell Concentrate (RBC)	已預留 Reserved	3	2	2	NA	7
	未預留 Available					
	申請數量 Required					
濾去白細胞之紅細胞* RBC Concentrate, Leucocyte depleted*	已預留 Reserved					
	未預留 Available					
	申請數量 Required					
新鮮冰凍血漿 Fresh Frozen Plasma (FFP)	現庫存量 On Hand					
	申請數量 Required					
低溫沉澱物 Cryoprecipitate (Cryo)	現庫存量 On Hand					
	申請數量 Required					
濃縮血小板 Platelets Concentrate	申請 Required	_____ Units	ABO 血型 Blood Group: _____			

**輻照之血液成分 - Irradiation of Blood Component\***

濃縮紅細胞 RBC \_\_\_\_\_ 單位 Units      ABO 血型 Blood Group: \_\_\_\_\_

濃縮血小板 Platelets \_\_\_\_\_ 單位 Units      ABO 血型 Blood Group: \_\_\_\_\_

**寨卡病毒核酸陰性之血液成分\* ZIKV RNA Non-Reactive Blood Components**

病人住院號碼 SS N°: \_\_\_\_\_ | ABO 血型 Blood type: \_\_\_\_\_

預計輸血日期 Planned date of transfusion: DD/ MM/ YY

產期 Birth due date: DD/ MM/ YY


懷孕狀態 Pregnancy status:   
 產前 Antepartum  
 圍產期/產後 Peripartum / Postpartum  
 非懷孕/不明 Not Pregnant / Unknown

濃縮紅細胞 RBC \_\_\_\_\_ 單位 Units       新鮮冰凍血漿 FFP \_\_\_\_\_ 單位 Units

濃縮血小板 Platelets \_\_\_\_\_ 單位 Units       低溫沉澱物 Cryo \_\_\_\_\_ 單位 Units

附註 Comment: \_\_\_\_\_

日期 Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/yy)      申請人 Request by: \_\_\_\_\_


 Tel: 87914306 / 7914307      Fax: 28539976  
 E-mail: [ctsc@ssm.gov.mo](mailto:ctsc@ssm.gov.mo)      Website: <http://www.ssm.gov.mo/ctsc/>  
 CTS-F93r1Cwpg1  
 Effective date: 11/04/2018

申請流程

寨卡病毒核酸陰性之血液成分* ZIKV RNA Non-Reactive Blood Components*	
病人住院號碼 SS N° : _____	ABO 血型 Blood type : _____
預計輸血日期 Planned date of transfusion : ____ DD/ ____ MM/ ____ YY	
預產期 Birth due date : ____ DD/ ____ MM/ ____ YY	
懷孕狀態 Pregnancy status : <input type="radio"/> 產前 Antepartum <input type="radio"/> 圍產期/產後 Peripartum / Postpartum <input type="radio"/> 非懷孕/不明 Not Pregnant / Unknown	
<input type="checkbox"/> 濃縮紅細胞 RBC _____ 單位 Units	<input type="checkbox"/> 新鮮冰凍血漿 FFP _____ 單位 Units
<input type="checkbox"/> 濃縮血小板 Platelets _____ 單位 Units	<input type="checkbox"/> 低溫沉澱物 Cryo _____ 單位 Units
附註 Comment : _____	
日期 Date : ____/____/____ (dd/mm/yy)	申請人 Request by : _____

2. 醫院血庫以電郵或傳真上述申請表予捐血中心，捐血中心將向符合條件的申請發放有關血液成分。

申請表格

『血液及血液成分申請表』可於衛生局內聯網(仁伯爵綜合醫院專用)或本中心網站下載。

- 衛生局內聯網→文件下載→捐血中心→表格下載
- 捐血中心網頁主頁“醫院專用表格”下載

<http://www.ssm.gov.mo/cts/downloads/hospital-form>