

新生兒換血用紅細胞申請表 Request Form for RBC for Neonatal Exchange Transfusion

鏡湖醫院 K.W.H

科大醫院 U.H

臨床資料 Clinical Details	
<p style="text-align: center;">新生兒 Neonate</p> <p>姓名 Name : _____</p> <p>出生日期 Date of Birth : ____/____/____ (dd/mm/yy)</p> <p>性別 Sex : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>住院號碼 Admission N^o : _____</p>	<p style="text-align: center; font-size: small;">可貼上病人標籤 (Please stick patient's identifier label here)</p>
<p>臨床診斷 Clinical Diagnosis : _____ 血紅蛋白 Hb: _____ g/dl</p> <p>總膽紅素 Total Bilirubin : _____ μmol/L 間接膽紅素 Indirect Bilirubin : _____ μmol/L</p>	
母親 Mother	
<p>姓名 Name : _____ 住院號碼 Admission N^o : _____</p> <p>懷孕和生產次數 No. of pregnancy & delivery : G__ P__</p> <p>輸血史 Transfusion History :</p> <p><input type="checkbox"/> 無 No</p> <p><input type="checkbox"/> 有 Yes 最近一次輸血日期 Date of latest transfusion : ____/____/____ (dd/mm/yy)</p>	
<p>換血日期 Date for Exchange Transfusion : ____/____/____ (dd/mm/yy)</p> <p>申請血液容量 Volume of blood requested : _____ 毫升 ml</p> <p>兒科醫生 Pediatrician : _____ 聯絡電話 Contact phone N^o : _____</p>	
<p>母親血液樣本 Maternal blood sample : 3 ml EDTA Blood (請送往捐血中心 Please Send to MBTS)</p>	

新生兒換血用紅細胞特性 Specifications of RBC for neonatal exchange transfusion :

- 一周內收集之血液 Blood collected within one week
- 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
- 血液保存劑為 Preservative solution for RBC : CPDA-1 or CPD
- 紅細胞壓積 Hct : 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

CTS-F31r4Co
Effective Date: 05/07/2012



澳門特別行政區政府衛生局
捐血中心

