

輸血後不良反應調查檢驗申請表

病人姓名：_____

出生日期：____ 日____ 月____ 年

醫療卡編號/住院編號：_____

性別： 男 女

種族： 中國人 葡國人 土生葡人

其它 _____

仁伯爵綜合醫院 C.H.C.S.J

鏡湖醫院 K.W.H

科大醫院 U.H

醫生姓名：_____

部門：_____

聯絡電話：_____

臨床診斷 /治療：_____

申請檢驗原因 /相關臨床資料：_____

檢驗項目

血小板輸注無效 (HLA/HPA type and antibody screen)

輸血後血小板減少性紫癜 (PTP) (Screening for HLA, HNA & HPA antibodies)

輸注日期：____ 日____ 月____ 年

血小板數：輸注前：_____ x 10⁹/L 輸注後：_____ x 10⁹/L

非溶血性輸血後嚴重發熱反應 (screening for HLA, HNA & HPA antibodies)

輸血相關之急性肺損傷 (TRALI)

最近曾輸注之血液成分編號：

_____, _____, _____, _____

* 申請上述任何一項檢驗項目前，請先與捐血中心聯繫 (電話：87914387)

樣本要求：6mL EDTA 及 6mL 不含抗凝劑血液樣本各一支

樣本收集日期：____ 日____ 月____ 年；收集時間：_____

緊急程度： 非緊急 緊急 (請事先致電 87914381/87914387)

不接受之檢驗申請

- 病人資料不清晰
- 樣本量不足 / 出現滲漏現象
- 樣本種類與檢驗項目不符
- 2-8°C 下儲存超過 7 日的樣本

申請人：_____

簽名：_____

日期：____ 日____ 月____ 年

CTS-F58r0LAB-C
Effective Date: 13/06/2016