

手術前自體捐血申請表

(由臨床主診醫生填寫)

1

捐血中心醫生同事：

本人與下述持函病人計劃作下述的手術而需要申請『手術前自體捐血』。本人已經與病人討論了相關事宜，同時，也認為他（她）的醫療狀況適宜進行『手術前自體捐血』。

敬請 閣下接見持函病人，並進行有關的捐血程序。

請以“✓”在空格內示意

病人資料	
姓名：_____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期：____(年)____(月)____(日)	醫療卡/門診/住院編號：_____
臨床診斷：_____	
手術名稱：_____	手術日期：____(年)____(月)____(日)
申請收集血液：____ 單位（最多不超過 5 個單位）	
病史	
心臟病： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無； 腫瘤： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無； 癲癇： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
檢查	
血紅蛋白：____ (g/dl)	體重：____ 公斤
乙肝表面抗原： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性；	愛滋病病毒抗體： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性；
丙型肝炎抗體： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性；	ECG： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常

臨床申請醫生聯絡資料		
<input type="checkbox"/> 仁伯爵綜合醫院	<input type="checkbox"/> 鏡湖醫院	<input type="checkbox"/> 科大醫院
專科科室：_____	科室電話：_____	傳真：_____
申請醫生姓名 (正楷)：_____		醫生聯絡電話：_____
日期：____(年)____(月)____(日)	醫生簽名：_____	

CTS-F8r4DS-C/pg1
Effective Date: 01/12/2011



澳門特別行政區政府衛生局
捐血中心



Tel: 87914307, 87914387 Fax No: 28573976

<http://www.ssm.gov.mo/cts/>

以現時輸血醫學的技術和條件，血液可儲存於標準血液儲存櫃 42 天，因而，病人在擇期手術前最多可以儲存自體血 5 個單位。

自體血與普通捐血的程序一樣，先通過化驗室微生物和血型（ABO、RhD、紅細胞抗體篩檢）的檢驗，再經核實、標籤、儲存及發放。

- 申請『手術前自體捐血』的手續，必須於手術前 2 至 6 星期內辦理；
- 自體血收集過程一般在捐血中心進行，個別情況例外；
- 臨床主診醫生需先填妥『手術前自體捐血申請表』；
- 手術前自體捐血不保證病人在治療過程中不再需要額外的庫存血；
- 手術前自體捐血可致捐血者貧血及增加輸注庫存血的機會；
- 自體血與其它庫存血一樣，存在錯誤核實病人和血樣本標籤等失誤，以及血液被細菌污染的風險。

以下是適合進行手術前自體捐血的條件：

- 年齡不超過 70 歲的患者；
- 估計手術過程可能有較大量的失血，可能需要輸用較大量的血液；
- 有確定的手術日期，收集的血液將不會過期；
- 患者有能力到捐血中心進行血液收集；
- 患者初始血色素不低於 11g/dl；
- 距手術日期至少有 2 週時間，以便可收集最少 2 個單位的血液；
- 自體捐血期間，需給予鐵劑補充。

CTS-F8r4DS-C/pg2
Effective Date: 01/12/2011



澳門特別行政區政府衛生局
捐血中心



Tel: 87914307, 87914387 Fax No: 28573976

<http://www.ssm.gov.mo/cts/>