



負型 (RhD 陰性) 血型血液 / 血液成分申請表
Request Form - RhD Negative Blood / Blood Components

仁伯爵綜合醫院 H.S.J

鏡湖醫院 H.K.W

科大醫院 U.H

申請醫生姓名 Name of requesting Physician : _____

醫生聯絡電話號碼 Physician's Contact phone N° : _____ 科室 Ward : _____

病人資料 Patient's Information	
姓名 Name : _____ 性別 Gender : _____	可貼上病人標籤 (Please stick patient's identifier label here)
出生日期 Date of birth : ____/____/____ (dd/mm/yy)	
住院號碼 Admission N° 或 SS N° : _____	
ABO/RhD 血型 _____ , 血紅蛋白 Hemoglobin : _____ g/dl	
臨床診斷 Clinical Diagnosis : _____	

申請血液 Blood Request	
申請 Request For :	
- 血型 Blood Group :	<input type="checkbox"/> Group O RhD negative <input type="checkbox"/> Group A RhD negative <input type="checkbox"/> Group B RhD negative <input type="checkbox"/> Group AB RhD negative
- 成分 Component :	<input type="checkbox"/> 濃縮紅細胞 Red Cell Concentrates : _____ 單位 Units <input type="checkbox"/> 新鮮冰凍血漿 Fresh Frozen Plasma : _____ 單位 Units
計劃輸血日期 : _____	<input type="checkbox"/> 緊急 Urgent
Planned date of transfusion : ____/____/____ (dd/mm/yy)	
預計 7 天內 In the next 7 days :	<input type="checkbox"/> 不再需要用血 No additional blood unit is needed. <input type="checkbox"/> 需要再用血 Additional Units needed : <input type="checkbox"/> 濃縮紅細胞 Red Cell Concentrates : _____ 單位 Units <input type="checkbox"/> 新鮮冰凍血漿 Fresh Frozen Plasma : _____ 單位 Units 預計再需輸血日期 Expected date of further transfusion ____/____/____

醫生簽名 Signature of physician : _____ 日期 Date : ____/____/____