



فرم درخواست خون شسته شده

این قسمت توسط بیمارستان تکمیل شود.

نام و نام خانوادگی بیمار : بیمارستان : سن : گروه خونی و RH بیمار :
شماره پرونده : تشخیص بیماری : تاریخ و ساعت درخواست :
ذکر علت درخواست :

مهر و امضاء پزشک معالج :

شماره کیسه تحویلی	گروه خونی / RH کیسه	واکنش در Cross match	شماره کیسه تحویلی	گروه خونی / RH کیسه	واکنش در Cross match
		با افزودن آلبومین / افزودن آنتی هیومن / در دمای اتاق			با افزودن آلبومین / افزودن آنتی هیومن / در دمای اتاق

این قسمت در بخش خون در زمان دریافت از بیمارستان ، تکمیل شود.

مطابقت شماره کیسه های دریافتی با شماره کیسه های مندرج در جدول فوق : ☐ بلی
تاریخ و ساعت اعلام به سازمان انتقال خون جهت شستشو خون : نام و امضاء تحویل گیرنده در بخش خون :

این قسمت در اداره گل انتقال خون در بخش شستشوی خون ، تکمیل شود.

مطابقت شماره کیسه های دریافتی با شماره کیسه های مندرج در قسمت فوق : ☐ بلی
نحوه ی شستشو : ست شستشو ☐ شستشوی دستی ☐
تاریخ و ساعت شستشو : نام و امضاء مسئول شستشو :

این قسمت در بخش خون در زمان ارسال به بیمارستان ، تکمیل شود.

مطابقت شماره کیسه های دریافتی با شماره کیسه های مندرج در قسمت فوق : ☐ بلی
تاریخ و ساعت تحویل خون شسته شده به نماینده بیمارستان : نام و امضاء کارشناس بخش خون :

- فرم درخواست در سه نسخه تنظیم شود (نسخه اول در پرونده بیمار و نسخه ۲ در بانک خون و نسخه ۳ در بخش خون نگهداری شود)
- با توجه به اینکه شستشو در یک سیستم باز انجام می پذیرد باید هر چه سریعتر مصرف شود . حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از زمان شروع شستشو قابل مصرف می باشد و در این مدت خون در یخچال بانک خون ۲ الی ۶ درجه سانتی گراد نگهداری شود.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
۱۰ سال	۱ از ۱