

高雄榮民總醫院血庫緊急 O 型血申領單 (BB-SOP-P007F02)

年 月 日

姓名		性別		年齡		
病歷號		ABO 血型		Rh 血型		
ICD-9-CM					科別床號	
申請時間： 年 月 日 時 分					需血量： (單位)	

所需血液成分種類	<input type="checkbox"/> O 型 RBCs <input type="checkbox"/> Other _____	<p style="text-align: center;"><註> 開立此醫囑時，應符合以下條件：</p> <p>1. 患者為失血休克第四級以上</p> <p><input type="checkbox"/> 血壓 < 60mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> 心跳 > 140 or < 60</p> <p><input type="checkbox"/> 神智昏迷</p> <p>2. 經臨床醫師判斷，若未立即輸血，患者有心臟休止危險。</p> <p>3. 緊急 O 型血申領，為 5 分鐘內有緊急供血需求下申領。</p>
<p>申領醫師章及章號： _____ * 為核銷血品帳務，病患送單時若無基本資料，請事後務必補送或告知血庫工作人員</p> <p>(醫師章號請務必填寫)</p>		

緊急 O 型血發血單(此部分由血庫醫檢師填寫)

發血單位數	單位	發血時間： 年 月 日 時 分	
<input type="checkbox"/> O 型 RBCs <input type="checkbox"/> Other	血袋標籤張貼處 _____ _____ _____ _____ _____	掛血核對者簽名/時間 核對者(1) 核對者(2) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
發血醫檢師簽章 _____			

申請單為一式二聯，開立醫囑時請一併送達血庫(第一聯存病歷)