

表單編號：QR-SOP-B001-08

修訂版次：1.1

修訂日期：2024.07.01

高雄榮民總醫院臺南分院病理檢驗科

緊急/非常緊急輸血申請單

醫護端填寫	申請日期： 年 月 日 時 分	送檢單位：	
	病人姓名：	病歷號碼：	
醫檢師填寫	收到申請時間：	發血時間：	補送申請單時間：

緊急輸血 (有檢體；10 分鐘內發血)

\*請檢體上貼病人標籤且必須有抽血人簽章，24 小時內開單。

「同血型」減除白血球之紅血球濃厚液(LP-RBC)：\_\_\_\_單位

「同血型」冷凍血漿(FP)：\_\_\_\_單位

「同血型」新鮮冷凍血漿(FFP)：\_\_\_\_單位

Forward typing			Reverse typing		血型結果
Anti-A	Anti-B	Anti-D	A cell	B cell	
血袋號碼					

非常緊急輸血 (無檢體；5 分鐘內發血)

\*24 小時內開單並後送檢體。

「O 型 Rh 陽性」減除白血球之紅血球濃厚液(LP-RBC)：\_\_\_\_單位

「AB 型 Rh 陽性」冷凍血漿(FP)：\_\_\_\_單位

「AB 型 Rh 陽性」新鮮冷凍血漿(FFP)：\_\_\_\_單位

血袋號碼	
------	--

申請醫師簽章：

操作醫檢師：