表單編號：QR-SOP-B001-08	
修訂版次：1.0	
修訂日期：2024.02.01	

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：