



งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โทร 0-5393-5622 โทรสาร 0-5393-6568

ใบยืนยันการใช้เลือด

วันที่.....เวลา.....น.

เลือดที่ขอสำหรับผู้ป่วย ชื่อ.....H.N.....

อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....การวินิจฉัย.....

[] เข้ากันไม่ได้กับ Recipient

[] ยังไม่ผ่าน Complete Crossmatch ผ่านเพียง Stage I

[] Platelet Concentrate ต่าง group

[] Fresh Frozen Plasma ต่าง group

คำยืนยันของแพทย์ผู้รักษา :

ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้เลือด ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบต่อผลการใช้เลือด ดังกล่าว

.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

สังกัดภาควิชา, หน่วยงาน.....โทร.

.....
(.....)

เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด

วร.16.022