



งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โทร. 0-5393-5622, 35625 โทรสาร 0-5393-6568

แบบบันทึกการใช้เลือด Universal O Adsol Red Cells ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (ติดสติ๊กเกอร์)	วันที่	เวลา	น.
HN.	แพทย์/รหัส	โทร	
Diagnosis	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด.	เวลา	น.

Universal O Adsol Red Cells	สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด																									
1. Unit No.	หมู่เลือดผู้ป่วย ABO/Rh..... Antibody Screening ☐ Negative ☐ Positive																									
2. Unit No.	Antibody Identification..... วิธีการทดสอบ ☐ Tube Method ☐ Column Agglutination Test																									
3. Unit No.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Unit No.</th><th colspan="4">Standard Tube Test</th><th rowspan="2">CAT</th><th rowspan="2">แปลผล</th></tr> <tr> <th>RT</th><th>37°C</th><th>AGT</th><th>CCC</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Unit No.	Standard Tube Test				CAT	แปลผล	RT	37°C	AGT	CCC														
Unit No.	Standard Tube Test				CAT	แปลผล																				
	RT	37°C	AGT	CCC																						
4. Unit No.	<table border="1"> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>																									
เนื่องจากเป็นกรณีฉุกเฉินไม่สามารถรอการทำ Blood Compatibility Testing ได้ ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ขอเลือด ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการให้เลือดในครั้งนี้และขอรับผิดชอบในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อไป																										
ลงชื่อ นพ./พญ.รหัสแพทย์.....วันที่.....เวลา.....น.																										

Massive Transfusion Protocol (MTP) for Trauma

☐ ACTIVATE

☐ NOT ACTIVATE

Indication for ER : Initial resuscitation > 2 liters of isotonic crystalloid ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

☐ HR $\geq$ 120 mmHg

☐ SBP $\leq$ 90 mmHg

☐ Serum pH $\leq$ 7.2

☐ Base excess $\leq$ -5

เจ้าหน้าที่โทรแจ้ง เริ่ม MTP จากหน่วยตรวจฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล.....เวลา.....น.

เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดผู้รับข้อมูล ชื่อ-สกุล.....เวลา.....น.

☐ ส่งตัวอย่างเลือด **EDTA Blood 6 ml.** จำนวน 1 หลอด มาพร้อมเจ้าหน้าที่และใบรับเลือดทันที “ **BOX 1** ”