



งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาสารคาม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โทร. 0-5394-5622, 5625 โทรสาร. 0-5394-6568

ใบนำส่งตรวจการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือด

คัดลอกชื่อ HN

ชื่อ.....

สกุล.....

HN

วันที่.....เวลา.....หอผู้ป่วย.....โทร.....

การวินิจฉัย.....แพทย์เจ้าของไข้.....

หมู่เลือดผู้ป่วย.....ชนิดของเลือดที่ให้.....หมู่เลือดผู้บริจาค.....หมายเลขถุงเลือด.....

ปริมาตรที่เดิม.....มล. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน.....

ประวัติการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี ชนิดของปฏิกิริยา

การตรวจสอบการให้เลือดของหอผู้ป่วย

ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วย ☐ มีไข้ ☐ ไม่มีไข้
ชนิดของเลือดที่ให้ ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง บันทึกการให้เลือด ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง
หมายเลขถุงเลือด ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง หมู่เลือดผู้บริจาค ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง
หมู่เลือดผู้ป่วย ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง

Vital signs

ก่อนเกิดปฏิกิริยา

ขณะเกิดปฏิกิริยา

Time	Temperature (°C)	B.P.	Pulse

Signs and Symptoms

☐	Chills	☐	Anxiety	☐	Pain near infusion site
☐	Urticaria	☐	Chest Pain	☐	Lower Back Pain
☐	Nausea / Vomiting	☐	Headache	☐	Pink, Red or Dark Urine
☐	Fever	☐	Shock	☐	Shortness of breath
☐	Hypotension	☐	Tachycardia	☐	Dyspnea
☐	Hypertension	☐	Bradycardia	☐	Abnormal Bleeding (DIC)
☐	Others				

บันทึกรายละเอียดในกรณีที่มีการเติมเลือดมาก่อน ภายใน 24 ชั่วโมง

หมายเลขถุงเลือด	ชนิดของเลือด	วันที่	เวลาที่ให้เลือด		ปริมาตรที่ให้ (มล.)	เกิดปฏิกิริยา	
			เริ่ม	เสร็จสิ้น		มี	ไม่มี

การส่งตรวจ

☐ ส่งตัวอย่างเลือดผู้ป่วยหลังจากเกิดปฏิกิริยา (Clotted Blood 6 ml. และ EDTA blood 3 ml.)

☐ ส่งถุงเลือดที่เกิดปฏิกิริยาพร้อมใบคล้องถุงเลือด

พยาบาลผู้รายงาน.....วันที่.....เวลา.....

แพทย์ผู้ดูแล.....วันที่.....เวลา.....