



แบบฟอร์มการบริจาคเลือดของตนเองให้ตนเอง (Request for Autologous Blood Transfusion)

งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
ห้องรับบริจาคโลหิต ชั้น 1 อาคารศรีพัฒน์ โทร 0 5394 5624

(ติดสติ๊กเกอร์หรือเขียนตัวบรรจง)

ชื่อผู้ป่วย.....

นามสกุล.....

H.N.....

ผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/น.ส. นามสกุล H.N. Ward
อายุ ปี เพศ น้ำหนัก ก.ก. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที
CBC แกรับ: Hb g/dl Hct % WBC Plt. Count
การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด วันที่ผ่าตัด
จำนวนเลือดที่ต้องการใช้ ยูนิต (ไม่เกิน 2 ยูนิต) ต้องการให้เจาะเลือดผู้ป่วยออกจำนวน ครั้ง (ครั้งละ 1 ยูนิต/สัปดาห์)

ประวัติการเจ็บป่วย

- | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| 1. เป็นโรคหัวใจ/หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง โรคหลอดเลือดสมอง | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 2. ไม่อยู่ในภาวะที่มีไข้ และติดเชื้อ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. การเจ็บป่วยร้ายแรงอื่น ๆ (โรคปอด โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคไต เป็นต้น) | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| ถ้ามีโปรดระบุโรค | | |

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตรงตามคุณสมบัติ และแพทย์พิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้ สามารถบริจาคเลือดได้
ขอให้แพทย์ลงนามยืนยันด้วย

ลงชื่อแพทย์.....

(.....)

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ

กรุณาเจาะเลือดผู้ป่วย EDTA blood 6 ml ส่งธนาคารเลือดเพื่อตรวจความเข้ากันได้ก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อความ
ปลอดภัยของผู้ป่วย

.....

สำหรับผู้ป่วย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. Ward/OPD

ยินยอมให้แพทย์ทำ Autologous Blood Transfusion (การบริจาคเลือดของตนเองให้ตนเอง) โดยได้ทราบผลดี ผลเสีย ในการ
ทำครั้งนี้แล้ว

ลงชื่อ

(.....)

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ

โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลัง

คุณสมบัติของผู้ป่วย และการเตรียมการก่อนทำ

1. ผู้ที่บริจาคเลือดไว้สำหรับตนเอง จะต้อง
 - 1.1 ไม่อยู่ในภาวะที่มีไข้ และติดเชื้อ หรือมีโรคทางหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจขาดเลือด) โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจที่ควบคุมไม่ได้ และโรคอื่น ๆ ในระยะที่อาจเกิดอันตรายจากการบริจาคเลือดได้
 - 1.2 มีค่า Hct. 33 % หรือ Hb. 11 gm./dl หรือมากกว่า ก่อนการบริจาคเลือดแต่ละครั้ง
 - 1.3 ได้รับยาบำรุงเลือด เฟอรัสซัลเฟต (ธาตุเหล็ก) หรือเฟอรัสฟูมาเรต รับประทาน 3 เม็ดหลังอาหาร ในระหว่างที่รับประทานยานี้อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และถ่ายอุจจาระเป็นสีดำได้
2. การบริจาคเลือดสามารถบริจาคได้ทุก 7 วัน แต่จะต้องบริจาคเลือดครั้งสุดท้ายก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 7 วัน และบริจาคเลือดล่วงหน้าไม่เกิน 1 เดือน ก่อนการผ่าตัด
3. อายุตั้งแต่ 18 – 60 ปี และมีน้ำหนัก 45 ก.ก. ขึ้นไป ในเด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ปริมาณเลือดที่เจาะเก็บขึ้นอยู่กับน้ำหนักของผู้ป่วย
4. ส่งผู้ป่วยมาบริจาคเลือด ที่ห้องรับบริจาคโลหิต ชั้น 1 อาคารศรีพัฒน์ พร้อมให้แพทย์/พยาบาล กรอกข้อมูลผู้ป่วยลงในแบบฟอร์ม ให้ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน และส่งตัวผู้ป่วยมาในวันเวลาราชการ
5. งานธนาคารเลือดจะเก็บเลือดไว้ให้ผู้ป่วยจนเลือดหมดอายุ (ประมาณ 1 เดือน) และถ้าไม่ได้มีการนำเลือดไปให้แก่ผู้ป่วย (ผู้บริจาคเลือดของตนเอง) ธนาคารเลือดจะทิ้งเลือดนั้น โดยจะไม่มีมีการนำเลือดไปให้ผู้ป่วยรายอื่น ๆ
6. กรณีที่ Infectious screening test มีปัญหาธนาคารเลือดจะแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ โดยส่งทางจดหมาย **ลับ เฉพาะ** ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การให้การรักษาที่เหมาะสม และความปลอดภัยของทีมผู้รักษา ผลการตรวจที่ผิดปกติแพทย์ผู้รักษาจะต้องเป็นผู้แจ้งกับผู้ป่วยเอง
7. ก่อนทำการผ่าตัด 1 วัน ต้องเจาะเลือดผู้ป่วยใส่ EDTA tube จำนวน 6 ml ส่งมาจองเลือดที่งานธนาคารเลือด เพื่อทำการตรวจสอบ และค้นหาเลือดของผู้ป่วยที่มาบริจาคเพื่อตนเองไว้แล้ว และตรวจความเข้ากันได้ของเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการใช้เลือดเพิ่มเติมในระหว่างการผ่าตัด งานธนาคารเลือดจะได้จัดหาเลือดให้ได้
8. ถ้ามีการเลื่อนการผ่าตัด กรุณาโทรศัพท์แจ้งงานธนาคารเลือด โทร 5622, 5625

ตารางการเจาะเก็บ

วันที่ผ่าตัด เจาะเก็บเลือดยูนิตที่ 1 วันที่

วันที่ผ่าตัด เจาะเก็บเลือดยูนิตที่ 2 วันที่

หลังการเจาะเก็บ 7 วัน ก็สามารถทำการผ่าตัดผู้ป่วยได้

งานธนาคารเลือดขอขอบคุณ แพทย์ทุกท่านที่ให้ความสนใจ และส่งผู้ป่วยมาทำ Autologous Blood Donation ซึ่งมีผลดีให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากขึ้น และลดภาระของทางโรงพยาบาล
ในการหาเลือดให้กับผู้ป่วย