

ใบเบิกเลือด



งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร. 35622, 35625 โทรสาร 36568

(ติดสติ๊กเกอร์หรือเขียนตัวบรรจง)

ชื่อผู้ป่วย.....

นามสกุล.....

HN

หมายเลขใบเบิก

ผู้มารับเลือดให้ลงหมายเลขใบเบิก
ก่อนส่งใบเบิกเลือดให้กับเจ้าหน้าที่

☐ ได้รับเลือดถูกต้องตามใบเบิก

ชื่อผู้รับเลือด.....

วันที่.....เวลา.....

(กรุณาลงชื่อหลังได้รับเลือดแล้ว)

เฉพาะเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด

การควบคุมอุณหภูมิกล่องใส่เลือด

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ☐ บรรจุใหม่

ชื่อผู้จ่าย.....

วันที่.....เวลา.....

วันที่.....หอผู้ป่วย..... (กรณีผู้ป่วยรับย้าย กรุณาระบุหอผู้ป่วยเดิม.....)

อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง โทร.....

ชนิดของเลือดที่เบิก

☐ Leukocyte poor PRC (LPRC).....ยูนิต ☐ Leukocyte depleted pooled PC.....ยูนิต

☐ Leukocyte depleted PRC (LDPRC).....ยูนิต ☐ Single donor platelet (SDP).....ยูนิต

☐ Irradiated LDPRC.....ยูนิต ☐ Irradiated SDP.....ยูนิต

☐ LDPRC (Washed Red blood cells).....ยูนิต ☐ Fresh frozen plasma (FFP).....ยูนิต

☐ Leukocyte depleted PC (LDPC).....ยูนิต ☐ Leukocyte depleted FFP (LDFFP).....ยูนิต

☐ Leukocyte poor pooled PC (LPPC).....ยูนิต ☐ Cryoprecipitate.....ยูนิต

☐ อื่นๆ(ระบุ)

ชื่อ-สกุล ผู้เบิก.....ตำแหน่ง.....

แก้ไขครั้งที่ 02

ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2564

вр.16:030

SD-FM-LAB-51