فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز

مسئول تکمیل فرم : پرستار یا پرستاران ناظر بر تزریق

فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون

قسمت فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود :

سازمان انتقال خون ایران

مشخصات بیمار و وضعیت فرآورده ارسالی

توجه : پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید :

آیا هویت دریافت کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مچ بند و شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟

بلی ☐ خیر ☐ توضیحات :

آیا مشخصات گروه خون وشماره اهداکننده روی کیسه خون با اطلاعات موجود برروی فرم مشخصات خون ارسالی همخوانی دارد ؟ بلی ☐ خیر ☐ توضیحات :

تاریخ انقضای فرآورده : مناسب ☐ نامناسب ☐ توضیحات :

بررسی وضعیت ظاهری کیسه : مناسب ☐ نامناسب ☐

☐ کنترل شد نام و نام خانوادگی تزریق کننده : امضا :

☐ کنترل شد نام و نام خانوادگی شاهد: امضا :

در صورت عدم تائید هر یک از موارد فوق ، به هیچ وجه خون را تزریق ننموده و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک هموویژلانس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.

نام فرآورده :	تاریخ انقضا فرآورده :
شماره کیسه :	
گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون :	Antibody screening:
گروه خون و Rh بیمار :	Cross match:
	تاریخ انجام آزمایش :
بیمارستان / مرکز درمانی : استان :	شهر : بخش :
نام و نام خانوادگی بیمار :	نام پدر : کد ملی : (در صورت دسترسی)
شماره پرونده بیمار :	تاریخ تولد :
جنسیت : زن ☐ مرد ☐	تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده :
نام فرآورده درخواستی توسط پزشک :	نام و نام خانوادگی انجام دهنده آزمایش :
ساعت و تاریخ ارسال فرآورده :	نام و نام خانوادگی ارسال کننده :
نام فرد تحویل گیرنده :	امضاء :

ثبت زمان تحویل فرآورده و چگونگی تزریق

تاریخ تحویل کیسه به بخش: ساعت تحویل کیسه به بخش بیمارستان:

سایز یا رنگ سرسوزن مورد استفاده :

مهم :

در صورت عدم استفاده از این فرآورده، آن را سریعا به بانک خون عودت دهید. فرآورده RBC حداکثر می تواند ۳۰دقیقه در دمای اتاق ۲۴-۲۰ پس از خروج از بانک خون در بخش نگهداری شود.

قسمت‌های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود :

شماره پرونده: (توسط تزریق کننده نوشته شود):

شماره پرونده ذکر شده در فوق با شماره پرونده بیمار مجددا مطابقت داده شود :

***توجه** : *لطفا این فرم تا انتهای تزریق نگهداری شود.زمانیکه تزریق خون انجام شدو یا بنا به عللی تزریق نگردید پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید.*

تکمیل فرم الزام قانونی دارد

ثبت علائم حیاتی بیمار

علائم حیاتی بیمار	بلافاصله قبل از تزریق	درطی ۱۵دقیقه بعد از شروع تزریق	۳۰ دقیقه پس از شروع تزریق	۱ ساعت پس از شروع تزریق	۲ ساعت پس از شروع تزریق	۳ساعت پس از شروع تزریق	۴ ساعت پس از پایان تزریق
درجه حرارت							
فشار خون							
تعداد نبض							
تعداد تنفس							
حال عمومی بیمار							
ظاهر ادرار(در صورت داشتن سوند از نظر خونی بودن و حجم)							

در صورت تزریق فرآورده قسمت زیر تکمیل شود	در صورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر گردد :
تاریخ تزریق خون :	
ساعت شروع تزریق :	
ساعت پایان تزریق:	
حجم فرآورده تزریق شده :	
*آیا تزریق خون با بروز عارضه همراه بوده است ؟	بلی ☐ خیر ☐

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. نسخهٔ سبز رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخهٔ اصلی و صورتی به همراه فرآورده به بخش ارسال گردد. پس از انجام تزریق و تکمیل فرم ، نسخهٔ اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخهٔ صورتی رنگ نیز به بانک خون برگردانده شود.

تکمیل توسط بانک خون
تکمیل توسط پرستار