No. Makmal:

PER-SS-BT 105
(Pind. 1/2016)

BORANG PERMOHONAN TRANSFUSI DARAH
PERKHIDMATAN TRANSFUSI PERUBATAN

(Mesti dipenuhi dalam dua salinan. Tulis dengan pen mata bulat dan sila tandakan √ dalam petak yang berkenaan.)

Nama (Tulis Huruf Besar)			No. Kad Pengenalan			No. Daftar
Hospital	Unit	Wad	Bangsa	Umur		Jantina
Pegawai Kerajaan Ya/Tidak	Kelas	Bayar/Percuma	Pakar Perunding			Kumpulan Darah Ada/Tiada
Diagnosa		Sebab transfusi komponen darah			Hb % atau keputusan lain yg berkaitan (Pit count etc)	
Transfusi darah masa lalu? Ya/Tidak	Jika 'ya' sebutkan tarikh transfusi darah yang terakhir				Komplikasi?	
Sekiranya pesakit seorang wanita, nyatakan →	Bil. kehamilan	Bil. Lahir Mati			Tanda-tanda "Haemolytic Disease of Newborn"	

Sampel darah diambil dan dilabel oleh:

Saya mengesahkan bahawa saya telah mengenalpasti identiti pesakit dengan bertanya secara langsung* dan memeriksa gelang pengenalan pesakit. Saya juga mengesahkan bahawa saya telah mengambil sendiri sampel darah pesakit tersebut dan melabelkannya dengan serta merta sebaik sahaja ianya diambil.

Tandatangan .....

Nama .....

Jawatan .....

Tarikh .....Waktu .....pagi/petang

*(atau ahli keluarga/ penjaga untuk kes-kes pediatrik dan pesakit yang tidak sedarkan diri)

Units/ mls

- ☐ WHOLE BLOOD .....
- ☐ PACKED CELLS .....
- ☐ PAEDIPACK .....
- ☐ PLATELET CONCENTRATE .....
- ☐ CRYOPRECIPITATE .....
- ☐ FRESH FROZEN PLASMA .....
- ☐ CRYOSUPERNATANT .....

SPECIAL REQUIREMENT :

- ☐ WASHED .....
- ☐ FILTERED .....
- ☐ IRRADIATED .....
- ☐ OTHERS : .....
- ☐ GROUP, SCREEN & HOLD

Nota:-

(1) Sila hantarkan 3ml-5ml sampel darah dalam tiub EDTA. Untuk makluman, ujian keserasian memerlukan masa 2 jam.

(2) Dalam keadaan kecemasan, sila hubungi makmal transfusi darah untuk pembekalan segera berdasarkan keserasian pada peringkat awal ujian. Darah yang dibekalkan mempunyai risiko ketidakserasian yang kecil. Penggunaan darah tersebut merupakan tanggungjawab pegawai perubatan yang merawat.

(3) Darah yang tidak digunakan perlu dipulangkan dengan kadar segera ke makmal transfusi kecuali Pegawai Perubatan meminta dipanjangkan tempoh simpanannya di wad.

(4) **AMARAN: Setiap transfusi darah membawa risiko infeksi.**

WARNING: Every blood transfusion carries a small risk of infection.

Bekalan diperlukan

(a) Serta merta, tanpa ujian keserasian darah (safe O) (untuk menyelamatkan nyawa) ☐

(b) Segera (lihat Nota 2) ☐

(c) Pada .....jam .....pg/ptg (Lihat Nota 3) ☐

(d) Sampel disimpan selama 24 jam. ☐

Saya mengesahkan bahawa sampel darah yang disertakan ini telah diambil daripada pesakit bernama seperti di atas dan dilabelkan mengikut presedur kerja yang telah ditetapkan. Saya juga mengesahkan bahawa setelah diperiksa, pesakit ini memerlukan/ akan memerlukan transfusi darah.

Tandatangan: .....
Cop dan Nama
Pegawai Perubatan .....
(Huruf besar)

KHAS UNTUK KEGUNAAN KAKITANGAN MAKMAL TRANSFUSI DARAH

Permintaan diterima Tarikh ..... Waktu .....pg/ptg	T/Tangan	Anti A	Anti B	Anti AB	Sel A	Sel B	Sel O	Rh D	Kump. Darah	T/Tangan	Tarikh &masa

Serum pesakit diserasikan dengan beg darah no.	UJIAN KESERASIAN DARAH					Catatan
	R.T.	37°C	AHG	T/Tangan.	Tarikh & masa	