

BORANG PERMOHONAN TRANSFUSI DARAH

(Mesti dipenuhi dalam dua salinan oleh Pegawai Perubatan. 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 (Plt 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.....Waktupagi/petang * (atau ahli keluarga / penjaga untuk kes-kes pediatrik dan pesakit yang tidak sedarkan diri)				Unit/ mL ☐ 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) ☐ (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 prosedur 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		T/Tangan	Anti A	Anti B	Anti AB	Sel A	Sel B	Sel O	Rh D	Kump. Darah	Antibody Screening	T/Tangan	Tarikh & Masa
Tarikh.....													
Waktu.....pg/ptg													
Serum pesakit diserasikan dengan beg darah no.		UJIAN KESERASIAN DARAH						PENGESAHAN PENGAMBILAN PRODUK					
		R.T.	37°C	AHG	T/Tangan	Tarikh & Masa	Catatan	Dikeluarkan oleh	Disemak & diambil oleh		Pada & Masa		
									Nama	T.T			