



โรงพยาบาลศิริราช

20 ซอยอ่อนนุช 90 แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250 โทรศัพท์ 0-2328-6900-19 โทรสาร 0-2328-6920

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี Ward.....ห้อง.....เตียง.....
 HN.....AN.....วันที่.....เวลา.....น.
 Diagnosis.....ผู้เจาะเลือด.....แพทย์ผู้ขอ.....

**การขอเลือด Uncrossmatched Blood
 (Emergency request)**

เนื่องจากเป็นกรณีฉุกเฉินไม่สามารถรอการทำ crossmatch blood ได้
 ข้าพเจ้า (นพ. พญ.).....
 แพทย์ผู้ขอเลือด ขอรับผิดชอบต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยเนื่องจากการได้รับเลือดครั้งนี้ทุกประการ

ชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ขอ.....(ตัวบรรจง)

ประวัติการได้รับเลือด ไม่เคย
 เคย
 ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....หมู่เลือด.....

ชนิดของเลือดที่ขอ

- Packed Red Cells (20 นาที).....Units
- เลือด ABO ชนิดเดียวกับผู้ป่วย (10 นาที).....Units
- PRC "O" (5 นาที).....Units

กรุณาใช้การขอเลือดนี้เฉพาะด่วนจริงเท่านั้น

ความต้องการใช้เลือด ด่วน วันนี้
 เตรียมผ่าตัดวันที่.....เวลา.....
 ประวัติการได้รับเลือด ไม่เคย
 เคย
 ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....หมู่เลือด.....

ชนิดของเลือดที่ขอ

- Packed Red Cells (PRC).....Units
- Leukocyte-Poor Packed Red Cells (LPRC).....Units
- LDPRC.....Units
- Platelet Concentrates (PC).....Units
- Pooled-Leukocyte-Poor Platelets (LPPC).....Units
- Single Donor Platelets.....Units
- FFP.....Units
- Plasma.....Units
- Cryoprecipitates.....Units
- Autologous Blood.....Units
- Fibrin glue 2 ml 5 ml.....Units