

คลังเลือด 2

โทร. 1577

หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต ภาควิชาพยาธิวิทยา

กรณีประกาศระบบ HIS ขัดข้อง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

BB. No.

REQUEST BY.....รหัสแพทย์.....  
อาจารย์ผู้ดูแล.....  
DATE.....  
โทรศัพท์.....

NAME.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....  
H.N.....AGE.....SEX... M... F  
WARD/CLINIC.....โทร.....  
DIAGNOSIS.....

• BLOOD GROUP

- ABO - RhD - GROUP.....
- RhD - GROUP.....
- Other (by consultation).....

สำหรับคลังเลือด	anti-A	anti-B	anti-A,B	ABO gr.	Approved by
Cell grouping	_____	_____	_____	Rh	
serum grouping	_____	_____	_____		

• ANTIGLOBULIN TEST (Coombs' test)

- DIRECT ANTIGLOBULIN TEST (DAT)..... By  CAT  Gel  Tube method
- INDIRECT ANTIGLOBULIN TEST (IAT).....  RT.....  37 °C.....  AHG..... By  CAT  Gel  Tube method

• OTHER TEST

Antenatal screening โปรดให้ข้อมูล

- Gestation age.....weeks,  ครรภ์ที่..... • วันกำหนดคลอด วัน/เดือน/ปี.....
- Anti-D prophylaxis เมื่อ วัน/เดือน/ปี.....

ลงรับโดย.....
วันที่.....

REPORTED BY.....DATE.....

Note.....

ลงชื่อ.....

แพทย์ Transfusion Medicine