

No. Makmal:

(Asal)
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 (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:			Units/ mls				SPECIAL REQUIREMENT :				
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)			☐ WHOLE BLOOD				☐ WASHED.....				
			☐ PACKED CELLS				☐ FILTERED.....				
			☐ PAEDIPACK				☐ IRRADIATED.....				
			☐ PLATELET CONCENTRATE				☐ OTHERS :				
			☐ CRYOPRECIPITATE				☐ GROUP, SCREEN & HOLD				
			☐ FRESH FROZEN PLASMA								
			☐ CRYOSUPERNATANT.....								
Nota:-			Bekalan diperlukan								
(1) Sila hantarkan 3ml-5ml sampel darah dalam tiub EDTA. Untuk makluman, ujian keserasian memerlukan masa 2 jam.			(a) Serta merta, tanpa ujian keserasian darah (safe O) ☐								
(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.			(b) Segera (lihat Nota 2) ☐								
(3) Darah yang tidak digunakan perlu dipulangkan dengan kadar segera ke makmal transfusi kecuali Pegawai Perubatan meminta dipanjangkan tempoh simpanannya di wad.			(c) Pada jam.....pg/ptg ☐								
(4) AMARAN: Setiap transfusi darah membawa risiko infeksi.			(d) Sampel disimpan selama 24 jam. ☐								
WARNING: Every blood transfusion carries a small risk of infection.			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	T/Tangan	Tarikh & masa
Tarikh.....											
Waktupg/ptg											
Serum pesakit diserasikan dengan beg darah no.	UJIAN KESERASIAN DARAH								Catatan		
	R.T.	37°C	AHG	T/Tangan.	Tarikh & masa						

Anti A	
Anti B	
Anti AB	
Anti D	
Auto Ctl	
A Cells	
B Cells	
O Cells	
GRP Rh(D)	
Tandatangan	
Tarikh & Masa	