

ใบขอทำ autologous blood transfusion

หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต รพ.สงขลานครินทร์ โทร 074-451575

ชื่อ..... เบอร์โทร..... อายุ.....ปี

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ HN. หอผู้ป่วย

โรงพยาบาลทันตกรรม (P017) HN.

การวินิจฉัยโรค..... การผ่าตัด.....

จำนวนเลือดที่ต้องการใช้.....ยูนิต วันที่ทำการผ่าตัด.....

CBC ล่าสุดวันที่ Hb.....g/dL Hct.....% WBC.....x10³/uL Plt.count..... x 10³/uL

แพทย์ผู้รับผิดชอบ (น.พ./พ.ญ.)..... โทรศัพท์.....

ได้อธิบายผลดี ผลเสีย ในการทำ autologous blood transfusion ให้ผู้ป่วยทราบแล้ว

ลงชื่อแพทย์.....

(.....)

คุณสมบัติผู้ป่วยและการเตรียมการก่อนทำ autologous blood transfusion

1. มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคซึ่งอาจเกิดอันตรายขณะเจาะเลือด เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง
2. ระดับ Hb ตั้งแต่ 11 g/dL ขึ้นไป หรือระดับ Hct ตั้งแต่ 33% ขึ้นไป
3. อายุ 17 - 60 ปี และน้ำหนัก 45 กิโลกรัมขึ้นไป
4. ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร โดยเริ่มตั้งแต่ 1-2 สัปดาห์ ก่อนทำ Autologous blood transfusion และรับประทานต่อไปจนถึงวันผ่าตัด
5. การเจาะเก็บเลือดจะเจาะห่างกันทุก 7 วัน และเจาะครั้งสุดท้ายก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 72 ชั่วโมง

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติไม่ครบ กรุณาส่งปรึกษาแพทย์คลังเลือดฯ เป็นรายๆ ไป

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ไปที่หน่วยคลังเลือดฯ พร้อมกับผู้ป่วย ***ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ใช้เลือด หน่วยคลังเลือดฯ จะเก็บเลือดไว้ให้จนกระทั่งหมดอายุ โดยไม่นำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น

ผู้ป่วยกรณานำแบบฟอร์มนี้มาแสดงที่หน่วยคลังเลือดฯ ด้วยทุกครั้งที่นัดเจาะเก็บเลือดและควรมีญาติมาด้วย

วันนัดเจาะเก็บเลือด ครั้งที่ 1 Hb..... g/dL

ครั้งที่ 2 Hb..... g/dL

ครั้งที่ 3 Hb..... g/dL

หมายเหตุ.....

ผู้จัดทำ *วิไลวรรณ น.ชาติ*

(นางสาววิไลวรรณ นชาติ)

ผู้ตรวจสอบ *ประภาภรณ์ จิตต์ภักดี*

(นางประภาภรณ์ จิตต์ภักดี)

ผู้อนุมัติ *ประภาภรณ์ จิตต์ภักดี*

(นางประภาภรณ์ จิตต์ภักดี)