


رسالة الفحص من الفحص



اهداف اجرای هموویژلانس

۱- گزارش عوارض ناشی از تزریق به صورت سیستماتیک و جمع آوری در یک واحد

۲- گردآوری و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به اثرات ناخواسته انتقال خون و اعلام خطر به منظور تصحیح و اخذ اقدامات اصلاحی لازم برای جلوگیری از وقوع مجدد آنها

۳ - مستند سازی موارد تزریق خون در یک بیمارستان و بررسی مقایسه ای آن در سال های متوالی

۴ - هدایت و ارتقای تزریق خون در بیمارستان ها

تکمیل فرم های هموویژو لانس

فرم درخواست خون

 درخواست خون و فرآورده های خونی مسئول تکمیل فرم: - پرستار و پزشک در خواست کننده - فرد نمونه گیر			
قسمت های ذیل توسط پزشک و پرستار درخواست کننده تکمیل شود:			
مشخصات بیمار:			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	کدملی: (در صورت دسترسی)		
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:
			شماره پرونده:
سابقه: سابقه تزریق در ۳ ماه گذشته: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص سابقه حاملگی در ۳ ماه گذشته: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص سابقه وجود آنتی بادی غیر منتظره در سرم: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص نحوه تجویز:			
علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده تشخیص بیماری: علت نیاز به خون یا فرآورده کدام یک از موارد زیر می باشد. <input type="checkbox"/> کم خونی مزمن <input type="checkbox"/> کم خونی حاد <input type="checkbox"/> نقص در تعداد پلاکت <input type="checkbox"/> نقص در عملکرد پلاکت <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> نقص سیستم انعقاد <input type="checkbox"/> عمل جراحی (نوع عمل) <input type="checkbox"/> سایر علل ذکر شود: در صورت درخواست فرآورده های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl در صورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت از /..... گروه خون و Rh بیمار (در صورت مشخصی بودن) :			
فرآورده های درخواستی: <input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم <input type="checkbox"/> خون کامل <input type="checkbox"/> Whole Blood (WB) تعداد: واحد <input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم لکوسیت <input type="checkbox"/> پلاسما تازه منجمد (FFP) تعداد: واحد <input type="checkbox"/> کیسه خون اطفال <input type="checkbox"/> رسوب کرایو <input type="checkbox"/> CryoPrecipitate (AHP) تعداد: واحد <input type="checkbox"/> گلبول قرمز شسته شده <input type="checkbox"/> پلاسما فاقد کرایو <input type="checkbox"/> Cryo Poor Plasma (CPP) تعداد: واحد <input type="checkbox"/> سایر فرآورده ها و یا ویژگی های خاص فرآورده <input type="checkbox"/> پلاکت <input type="checkbox"/> Platelet (PLT) تعداد: واحد (با ذکر نام) توجه: در صورتیکه پلاکت درخواستی از نوع پلاکت فرزیس باشد، فرم مخصوص آن باید تکمیل گردد			
هدف از درخواست خون: الف: رزرو خون <input type="checkbox"/> ب: آماده سازی خون جهت تزریق <input type="checkbox"/> ج: تزریق پس از رزرو <input type="checkbox"/>			
تاریخ و ساعت نیاز به خون یا فرآورده: مدت زمان یا سرعت توصیه شده برای تزریق خون و فرآورده: تستهای آزمایشگاهی مورد درخواست: گروه خون و Rh <input type="checkbox"/> کراس میچ <input type="checkbox"/> غربالگری آنتی بادی <input type="checkbox"/> کراس میچ <input type="checkbox"/>			
این قسمت توسط نمونه گیر تکمیل شود اینجانب تایید می نمایم که نمونه خون از بیمار یا مشخصات قید شده در این فرم اخذ شده و شناسایی از طریق پرسش مستقیم از بیمار و یا مشاهده میچ بند حاصل شده و نمونه در همان زمان برجسب زده شده است. مشخصات نمونه گیر: <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> پرسنل آزمایشگاه <input type="checkbox"/> نام: نام خانوادگی: تاریخ خونگیری: ساعت خونگیری: امضاء:			
این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد. در مواقع نیاز به خون اورژانس به جای این فرم، فرم درخواست خون و فرآورده های خونی به طور اورژانس (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه) به شماره 00.HV.007.GDL تکمیل شود.			

درخواست خون

اطلاعات الزامی برای درخواست تزریق خون و فرآورده‌ها در «درخواست غیراورژانس (Elective)» از قرار زیر می‌باشد:

۱- نام کامل بیمار، شماره پرونده بیمار، شماره اتاق بیمار، جنس، سن، (چنانچه نام بیمار مشخص نیست، شماره پرونده و شماره اتاق بیمار، جنسیت و محدوده سنی باید ذکر شود).

۲- درخواست تزریق خون و فرآورده

۳- نام و مقدار فرآورده

۴- تاریخ و ساعت تزریق

۵- امضای پزشک

۶- تشخیص بیماری

۷- درخواست‌های ویژه

۸- سابقه تزریق خون در چند روز گذشته



پس از تکمیل کلیه مشخصات بالا در فرم درخواست خون توسط پزشک، برگه درخواست را داخل کیسه پلاستیکی (Lock bag) قرار داده و همراه با نمونه بیمار به بانک خون ارسال نمایید.

درخواست خون



درخواست خون و فرآورده های خونی
مسئول تکمیل فرم: - پرستار و پزشک در خواست کننده
- فرد نمونه گیر



قسمت های ذیل توسط پزشک و پرستار درخواست کننده تکمیل شود:

مشخصات بیمار:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:	

سابقه:

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق می باشد؟

بلی خیر نام دارو:

نحوه تجویز:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| نامشخص <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | بلی <input type="checkbox"/> | سابقه تزریق در ۳ ماه گذشته: |
| نامشخص <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | بلی <input type="checkbox"/> | سابقه حاملگی در ۳ ماه گذشته: |
| نامشخص <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | بلی <input type="checkbox"/> | سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون: |
| نامشخص <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | بلی <input type="checkbox"/> | سابقه وجود آنتی بادی غیر منتظره در سرم: |

فرم درخواست خون

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده

تشخیص بیماری :

علت نیاز به خون یا فرآورده کدام یک از موارد زیر می باشد.

- کم خونی مزمن کم خونی حاد نقص در تعداد پلاکت نقص در عملکرد پلاکت
 خونریزی نقص سیستم انعقاد عمل جراحی (نوع عمل) سایر علل ذکر شود :

- در صورت درخواست فرآورده های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl

- در صورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت $10^9/l$

- گروه خون و Rh بیمار (در صورت مشخص بودن) :

فرآورده های درخواستی:

- | | | | | | |
|--|---|------------------|---|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم | <input type="checkbox"/> Red Blood Cells | تعداد واحد | <input type="checkbox"/> خون کامل | <input type="checkbox"/> Whole Blood (WB) | تعداد واحد |
| <input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم لکوسیت | <input type="checkbox"/> leukoreduced RBC | تعداد واحد | <input type="checkbox"/> پلاسمای تازه منجمد | <input type="checkbox"/> Fresh Frozen Plasma (FFP) | تعداد واحد |
| <input type="checkbox"/> کیسه خون اطفال | | تعداد واحد | <input type="checkbox"/> رسوب کرایو | <input type="checkbox"/> CryoPrecipitate (AHF) | تعداد واحد |
| <input type="checkbox"/> گلبول قرمز شسته شده | تعداد دفعات شستشو : | تعداد واحد | <input type="checkbox"/> پلاسمای فاقد کرایو | <input type="checkbox"/> Cryo Poor Plasma (CPP) | تعداد واحد |
| <input type="checkbox"/> سایر فرآورده ها و یا ویژگی های خاص فرآورده (با ذکر نام) | | تعداد واحد | <input type="checkbox"/> پلاکت | <input type="checkbox"/> Platelet (PLT) | تعداد واحد |

* توجه: در صورتیکه پلاکت درخواستی از نوع پلاکت فرزیس باشد، فرم مخصوص آن باید تکمیل گردد

* هدف از درخواست خون : الف: رزرو خون ب: آماده سازی خون جهت تزریق ج: تزریق پس از رزرو

تاریخ و ساعت نیاز به خون یا فرآورده:

مدت زمان یا سرعت توصیه شده برای تزریق خون و فرآورده :

تستهای آزمایشگاهی مورد درخواست:

گروه خون و Rh

کراس میچ

غربالگری آنتی بادی

درخواست کننده :

پزشک معالج:

تاریخ:

امضاء و مهر نظام پزشکی :

این قسمت توسط نمونه گیر تکمیل شود

اینجانب تایید می نمایم که نمونه خون از بیمار با مشخصات قید شده در این فرم اخذ شده و شناسایی از طریق پرسش مستقیم از بیمار و یا مشاهده میچ بند حاصل شده و نمونه در همان زمان برچسب زده شده است.

مشخصات نمونه گیر:

پرستار

نام خانوادگی:

نام:

پرسنل آزمایشگاه

تاریخ خونگیری:

ساعت خونگیری:

امضاء :

این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی



فرم درخواست خون و فرآورده باید توسط پزشک بطور کامل پر شده و امضاء شود .



اصل فرم درخواست خون و فرآورده پس از تکمیل بیمار به همراه نمونه بیمار در پلاستیک مخصوص قرار داده شده و هرچه سریع تر به بانک خون ارسال شده و نسخه کپی در پرونده نگهداری شود.

فرم درخواست خون اورژانسی

 فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی به طور اورژانسی (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه)		 مسئول تکمیل فرم: ۱- پزشک معالج ۲- پرسنل بانک خون	
این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	کد ملی:	(در صورت دسترسی)	بخش:
استان:	شهر:	بیمارستان:	شماره پرونده:
نمونه خون بیمار: <ul style="list-style-type: none"> - تهیه و قبل از تزریق ارسال شد <input type="checkbox"/> - ارسال نشد <input type="checkbox"/> 			
علت درخواست خون اورژانسی: _____			
تاریخ درخواست: _____ ساعت درخواست: _____			
مطلع نمودن بانک خون: <ul style="list-style-type: none"> - درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم <input type="checkbox"/> - تکمیل و ارسال فرم به بانک خون <input type="checkbox"/> 			
زمان نیاز به خون: <ul style="list-style-type: none"> - بلافاصله پس از درخواست پزشک (بدون کراس میچ) <input type="checkbox"/> - کمتر از ۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست (تعیین Rh, ABO و شروع آزمایش کراس میچ) <input type="checkbox"/> اینچنانچه: پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانسی: <input type="checkbox"/> بدون کراس میچ <input type="checkbox"/> بدون تعیین گروه Rh, ABO را می‌پذیرم. امضا و مهر نظام پزشکی:			
نام فرآورده مورد نیاز: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RBC تعداد: _____ <input type="checkbox"/> Whole Blood تعداد: _____ 			
این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:			
تاریخ دریافت درخواست: _____ / _____ / _____ ساعت دریافت درخواست: _____ / _____ / _____			
مشخصات فرآورده ارسالی: <ul style="list-style-type: none"> گروه خون و Rh براساس برجسب سازمان انتقال خون: _____ شماره(های) اهدا: _____ تعداد واحد ارسالی: _____ 			
خصوصیات ظاهری کیسه: <input type="checkbox"/> مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب			
نام شخص ارسال کننده: _____		امضاء: _____	
تاریخ ارسال کیسه: _____		ساعت ارسال: _____	
نام شخص تحویل گیرنده: _____		امضاء: _____	
توجه: این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال شود.			

تکمیل توسط پزشک معالج

تکمیل توسط بانک خون

تزریق خون اورژانس

○ **شرایط اورژانس:** زمانیکه بنا به تشخیص پزشک معالج تزریق خون برای بیمار قبل از انجام و یا تکمیل تستهای سازگاری حیاتی می باشد.

∞ در این موارد آزمایش غربالگری آنتی بادی و آزمایش کراس مچ (**X-Match**) نمی تواند انجام گیرد. و ممکن است حتی فرصت تعیین گروه خونی و **Rh** بسته به شدت نیاز بیمار به خون فراهم نباشد. در این مواقع نیز باید فرم مخصوص درخواست خون اورژانس تکمیل شده و همراه با امضاء پزشک به بانک خون ارسال شود. درخواست اورژانس نیز مانند درخواست های غیر اورژانس باید فقط توسط پزشک انجام گیرد.

درخواست خون اورژانس



فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی به طور اورژانس (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه)



مسئول تکمیل فرم: ۱- پزشک معالج ۲- پرسنل بانک خون

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:

نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:

نمونه خون بیمار:

- تهیه و قبل از تزریق ارسال شد
- ارسال نشد

علت درخواست خون اورژانس:

تاریخ درخواست: ساعت درخواست:

مطلع نمودن بانک خون:

- درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم
- تکمیل و ارسال فرم به بانک خون

زمان نیاز به خون:

بلافاصله پس از درخواست پزشک (بدون کراس مچ)

کمتر از ۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست (تعیین Rh, ABO و شروع آزمایش کراس مچ)

اینجانب: پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس: بدون کراس مچ بدون تعیین

گروه Rh, ABO را می‌پذیرم. امضا و مهر نظام پزشکی:

نام فرآورده مورد نیاز:

- RBC تعداد:
- Whole Blood تعداد:

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

درخواست خون اورژانسی

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود :

تاریخ دریافت درخواست --- / --- / --- ساعت دریافت درخواست --- / ---

مشخصات فرآورده ارسالی :

گروه خون و Rh براساس برچسب سازمان انتقال خون :

شماره(های) اهدا :

تعداد واحد ارسالی :

خصوصیات ظاهری کیسه : مناسب

نام شخص ارسال کننده :

تاریخ ارسال کیسه :

ساعت ارسال :

نام شخص تحویل گیرنده :

امضاء :

توجه: این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال شود.

فرم درخواست پلاکت فرزیس



فرم درخواست پلاکت فرزیس



مستول تکمیل فرم: - پزشک درخواست کننده

- مستول پلاکت فرزیس و پزشک پلاکت فرزیس

این قسمت توسط پزشک درخواست کننده پلاکت فرزیس تکمیل شود:

نام بیمارستان یا مرکز درخواست کننده پلاکت فرزیس: شهر:

برای بیمار زیر نیاز به پلاکت از نوع آفرزیس پلاکت اشعه داده شده پلاکت فاقد لکوسیت می باشد:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: کد ملی: جنسیت: مرد زن

استان: شهر: بیمارستان: بخش: شماره پرونده:

تاریخ درخواست: تاریخ مورد نظر جهت تزریق فرآورده: بیماری:

علت درخواست: تشخیص بیماری:

مقدار پلاکت بیمار	گروه خونی و Rh بیمار	HLA بیمار در صورت انجام	میزان پلاکت مورد نیاز (واحد)

لازم به ذکر است هر واحد پلاکت آفرزیس معادل ۶-۵ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است:

ردیف	اهدانندگان معرفی شده به سازمان انتقال خون ایران از قرار زیر می باشد:
۱	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh
۲	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh
۳	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh
۴	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh

در صورت ذکر شمارش پلاکتی برای اهداکننده لطفاً برگه آزمایش آن نیز ضمیمه این فرم شود.

نام پزشک: تلفن تماس پزشک:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

این قسمت در بخش پلاکت فرزیس تکمیل شود:

اینجانب ----- تایید می نمایم که فرآیند پلاکت فرزیس برای اهداکننده ----- در مرکز پلاکت فرزیس ----- انجام شد و تعداد ----- واحد(کیسه) فرآورده پلاکت تهیه و به ----- تحویل داده شد.

تعداد تخمینی پلاکت در هر کیسه: امضاء مستول پلاکت فرزیس:

تاریخ تحویل فرآورده: امضاء پزشک مستول پلاکت فرزیس:

ساعت تحویل فرآورده: امضاء پزشک مستول پلاکت فرزیس:

* توجه: این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.

پلاکت فرزیس چیست؟

ترکیبات اصلی خون کامل عبارتند از:

- گلبول قرمز
- گلبول سفید
- پلاکت
- پلاسما

پلاکت ها کوچکترین سلول هایی هستند که به انعقاد و کنترل خونریزی در بدن کمک می کنند.

پلاکت فرزیس فرایندی است که پلاکت را از خون کامل اهداکننده جدا کرده و سایر اجزاء خون را به بدن اهداکننده بر می گرداند.

در این روش خون اهداکننده توسط یک ست یک بار مصرف و وارد دستگاه تمام اتوماتیکی شده که می تواند ترکیبات خون را از هم جدا کند.

در یک بار اهدای پلاکت فرزیس به اندازه ۸-۶ واحد اهدای خون معمولی ، پلاکت جمع آوری می شود.

مزیت پلاکت فرزیس

- ▶ در روش اهدا خون معمول، خون اهدا شده به پلاکت، گلبول قرمز و پلاسما تجزیه می‌شود و ۶ تا ۱۰ واحد خون کامل باید جداسازی شود تا پلاکت‌های آنان به‌عنوان یک واحد پلاکت درمانی به بیمار تزریق شوند
- ▶ مزیت این روش دریافتی دوز بالاتر پلاکت است به گونه‌ای که در روش پلاکت فرزیس می‌توان تعداد بیشتر و موثرتری پلاکت از یک اهداکننده به‌دست آورد که محتوای پلاکت به دست آمده برابر با پلاکت ۸ واحد خون کامل است که ۸ نفر آنرا اهدا کرده‌اند.
- ▶ مزیت دیگر روش پلاکت فرزیس این است که بیمار در معرض تماس با اهداکننده کمتری قرار می‌گیرد و بنابراین نقش مهمی در سازگاری خون و پلاکت شخص اهداکننده و گیرنده دارد و ضریب حساسیت و احتمال عدم پذیرش در بدن گیرنده را کاهش می‌دهد.

پلاکت فرزیس



مسئول تکمیل فرم: - پزشک درخواست کننده

- مسئول پلاکت فرزیس و پزشک پلاکت فرزیس

این قسمت توسط پزشک درخواست کننده پلاکت فرزیس تکمیل شود:

شهر:

نام بیمارستان یا مرکز درخواست کننده پلاکت فرزیس:

برای بیمار زیر نیاز به پلاکت از نوع آفرزیس پلاکت اشعه داده شده پلاکت فاقد لکوسیت می باشد:

نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:
تاریخ درخواست:	تاریخ مورد نظر جهت تزریق فرآورده:	بیماری:		

علت درخواست: تشخیص بیماری:

مقدار پلاکت بیمار	گروه خونی و Rh بیمار	HLA بیمار در صورت انجام	میزان پلاکت مورد نیاز (واحد)

لازم به ذکر است هر واحد پلاکت آفرزیس معادل ۵-۶ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است:

ردیف	هداکنندگان معرفی شده به سازمان انتقال خون ایران از قرار زیر می باشد:
۱	نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh
۲	نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh
۳	نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh
۴	نام و نام خانوادگی نام پدر گروه خون و Rh

در صورت ذکر شمارش پلاکتی برای اهداکننده لطفاً برگه آزمایش آن نیز ضمیمه این فرم شود.

نام پزشک:

تلفن تماس پزشک:

امضاء و مهر نظام پزشکی:


پلاکت فرزیس

این قسمت در بخش پلاکت فرزیس تکمیل شود :

اینجانب ----- تایید می نمایم که فرآیند پلاکت فرزیس برای اهداکننده -----
در مرکز پلاکت فرزیس ----- انجام شد و تعداد ----- واحد(کیسه) فرآورده پلاکت تهیه و به
----- تحویل داده شد.
تعداد تخمینی پلاکت در هر کیسه :
تاریخ تحویل فرآورده: امضاء مسئول پلاکت فرزیس:
ساعت تحویل فرآورده: امضاء پزشک مسئول پلاکت فرزیس:

* توجه: این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.

00.HV.010.GDL/01



فرم نظارت بر تزریق پلاسما-پلاکت و کرایو و فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز

- فرم نظارت بر تزریق خود شامل دو فرم نظارت بر تزریق پلاسما-پلاکت و کرایو و فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز می باشد. که هر دو فرم سه نسخه ای می باشند و فرم ها از محل وسط خط تا دارند.
- این فرم ابتدا توسط پرسنل بانک خون در قسمت مربوطه تکمیل شده و سپس از وسط تا شده نسخه اصل و یک نسخه کپی آن برای ادامه تکمیل فرم به همراه فرآورده به بخش تحویل داده شده و یک نسخه کپی آن در بانک خون باقی می ماند. در حین تزریق پرستار سایر قسمت های مربوط به خود را از قبیل چک ظاهر کیسه - شماره اهدا ثبت علایم حیاتی بیمار در فواصل مندرج - زمان تزریق - ثبت تزریق یا عدم تزریق و سایر قسمت ها را تکمیل نموده امضا می نماید و نسخه کپی را مجدداً برای بانک خون ارسال می نماید. بدین ترتیب دو نسخه از این فرم در نهایت در بانک خون و نسخه اصل آن در پرونده بیمار نگهداری می شود.

فرم نظارت بر خون



فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون

قسمت فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز

مسئول تکمیل فرم: پرستار یا پرستاران ناظر بر تزریق



نام فرآورده:		تاریخ انقضا فرآورده:		توجه: پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید: آیا هویت دریافت کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مچ بند و شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
شماره کیسه:		گروه خون و Rh فرآورده ارسالی از بانک خون:			
Antibody screening: گروه خون و Rh بیمار:		تاریخ انجام آزمایش:		آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه خون با اطلاعات موجود بروی فرم مشخصات خون ارسالی همخوانی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
Cross match: بیمارستان / مرکز درمانی: استان: شهر: بخش:		نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر:		تاریخ انقضای فرآورده: مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> توضیحات: بررسی وضعیت ظاهری کیسه: مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> کنترل شد نام و نام خانوادگی تزریق کننده: امضا: <input type="checkbox"/> کنترل شد نام و نام خانوادگی شاهد: امضا:	
تاریخ تولد: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> تاریخ و ساعت نیاز به تزریق خون یا فرآورده:		نام فرآورده درخواستی توسط پزشک: نام و نام خانوادگی انجام دهنده آزمایش:		در صورت عدم تأیید هر یک از موارد فوق، به هیچ وجه خون را تزریق ننموده و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک هموئیتالانسی یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.	
نام فراد تحویل گیرنده: نام فراد تحویل دهنده:		ساعت و تاریخ ارسال فرآورده: نام و نام خانوادگی ارسال کننده:		تاریخ تحویل کیسه به بخش: ساعت تحویل کیسه به بخش بیمارستان:	
شماره پرونده بیمار:		شماره پرونده:		در صورت عدم استفاده از این فرآورده، آن را سریعاً به بانک خون عودت دهید. فرآورده RBC حداکثر می تواند ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۴-۲۰ پس از خروج از بانک خون در بخش نگهداری شود.	
قسمت های پایین توسط پرستار بخش تکمیل شود:		شماره پرونده:		مهم:	
شماره پرونده ذکر شده در فوق با شماره پرونده بیمار مجدداً مطابقت داده شود:		شماره پرونده:		در صورت عدم استفاده از این فرآورده، آن را سریعاً به بانک خون عودت دهید. فرآورده RBC حداکثر می تواند ۳۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۴-۲۰ پس از خروج از بانک خون در بخش نگهداری شود.	
***توجه: لطفاً این فرم تا انتهای تزریق نگهداری شود. زمانیکه تزریق خون انجام شود یا بنا به عللی تزریق نگردد پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید. تکمیل فرم الزام قانونی دارد		ساعت ۴ پایان تزریق ساعت ۳ شروع تزریق ساعت ۲ شروع تزریق ساعت ۱ شروع تزریق ساعت ۰ شروع تزریق		۳۰ دقیقه پس از شروع تزریق در طی هادقیقه بعد از شروع تزریق بلافاصله قبل از تزریق	
علامت حیاتی بیمار		درجه حرارت فشار خون تعداد نبض تعداد تنفس حال عمومی بیمار ظاهر ادرار (در صورت داشتن سوند از نظر خونی بودن و حجم)		ثبت زمان تحویل فرآورده و چگونگی تزریق	
در صورت عدم تزریق باید فرآورده به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر گردد:		در صورت تزریق فرآورده قسمت زیر تکمیل شود:		آیا تزریق خون با بروز عارضه همراه بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
تاریخ تزریق خون: ساعت شروع تزریق: ساعت پایان تزریق: حجم فرآورده تزریق شده:		در صورت تزریق فرآورده قسمت زیر تکمیل شود:		آیا تزریق خون با بروز عارضه همراه بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی و صورتی به همراه فرآورده به بخش ارسال گردد. پس از انجام تزریق و تکمیل فرم، نسخه اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخه صورتی رنگ نیز به بانک خون برگردانده شود.

فرم نظارت بر فراورده خونی



فرم مشخصات فراورده ارسالی از بانک خون

قسمت فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

فرم نظارت بر تزریق پلاسماي تازه منجمد (FFP) - پلاکت - کرایوپرسیپیتیت

مسئول تکمیل فرم: پرستار یا پرستاران ناظر بر تزریق



بیمارستان / مرکز درمانی:		استان:		شهر:	
توجه: پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:					
نام و نام خانوادگی بیمار:		نام پدر:		بخش:	
شماره پرونده بیمار:		کد ملی:		(در صورت دسترسی)	
گروه خون و Rh بیمار:		تاریخ تولد:			
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>		نام فراورده درخواستی توسط پزشک:		تاریخ و ساعت نبایزه تزریق خون یا فراورده:	
ساعت و تاریخ ارسال فراورده:		نام و نام خانوادگی ارسال کننده:			
نام فرد تحویل گیرنده:		امضاء:			
نام فراورده	شماره کیسه	تاریخ انقضا	گروه خون و Rh	* ترتیب تزریق	
			فراورده ارسالی		
* پرستار محترم: لطفاً ترتیب تزریق فراورده‌های فوق را با توجه به شماره کیسه در ستون صورتی رنگ مشخص نمایید.					
<p>توجه: پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نمایید:</p> <p>آیا هویت دریافت کننده خون (از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات مچ بند و شماره پرونده بیمار) با اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون با یکدیگر مطابقت دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:</p> <p>آیا مشخصات گروه خون و شماره اهداکننده روی کیسه(های) خون با اطلاعات موجود بروی فرم مشخصات فراورده ارسالی همخوانی دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:</p> <p>تاریخ انقضای فراورده(ها): مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> توضیحات:</p> <p>بررسی وضعیت ظاهری کیسه(ها): مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/></p> <p>کنترل شد نام و نام خانوادگی تزریق کننده: امضا:</p> <p>کنترل شد نام و نام خانوادگی شاهد: امضا:</p> <p>در صورت عدم تأیید هر یک از موارد فوق، به هیچ وجه خون را تزریق ننموده و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک همو ویتزولاس یا پزشک مشاور انتقال خون گزارش نمایید.</p> <p>تاریخ تحویل کیسه(ها) به بخش: ساعت تحویل کیسه(ها) به بخش بیمارستان:</p> <p>سایز بارنگ سرسوزن مورد استفاده:</p> <p>مهم: * کرایو پس از ذوب شدن فقط حداکثر تا ۶ ساعت در دمای اتاق قابل نگهداری و مصرف است.</p> <p>* چنانچه پلاسماي تازه منجمد (FFP) پس از ذوب شدن مورد استفاده قرار نگیرد، می توان آن را در یخچال در دمای ۱ تا ۶ درجه سانتی گراد گذاشت و تا ۲۴ ساعت، هنوز هم به عنوان پلاسماي تازه مورد استفاده قرار داد.</p> <p>*** توجه: لطفاً این فرم تا انتهای تزریق نگهداری شود. زمانیکه تزریق خون انجام شد و یا بنا به عللی تزریق نگردد پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید</p>					
در صورت تزریق فراورده قسمت زیر تکمیل شود:		در صورت عدم تزریق و یا برگشت فراورده به بانک خون علت در ذیل ذکر گردد:			
تاریخ تزریق خون:					
ساعت شروع تزریق:					
ساعت پایان تزریق:					
حجم فراورده تزریق شده:					
* آیا تزریق فراورده خون با بروز عارضه همراه بوده است؟					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
علائم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	فراورده	چین تزریق اولین فراورده	چین تزریق دومین فراورده	سومین تزریق
درجه حرارت					
فشار خون					
تعداد نبض					
تعداد تنفس					
حال عمومی					

مشخصات بیمار و وضعیت فراورده ارسالی

نیت تاریخ و ساعت تحویل و تزریق فراورده ارسالی و حجم تزریق شده

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی و صورتی به همراه فراورده به بخش ارسال گردد. پس از انجام تزریق و تکمیل فرم، نسخه اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخه صورتی رنگ نیز به بانک خون برگردانده شود.

فرم عوارض ناخواسته

فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های آن



شماره سری استان

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام خانوادگی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: / /
نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی:	شماره پذیرش / پرونده:	بخش محل بروز عارضه:
استان محل بیمارستان:	شهر محل بیمارستان:	

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری: _____
 علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده: _____

سابقه حساسی / سقط جنین (در طول زندگی): بلی خیر در صورت وجود سابقه، زمان آخرین حاملگی یا سقط: در کمتر از سه ماه گذشته در بیشتر از سه ماه گذشته

تاریخچه بیماری: فشار خون بیماری قلبی و عروقی بیماری ریوی اختلال انعقادی بیماری کلیوی آنژی بیماری کبدی

سابقه قبلی تزریق خون و فرآورده: بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) بلی (در بیشتر از سه ماه گذشته) خیر سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: بلی خیر

در صورت مصرف آنتی بیوتیک در بستری فعلی، نام آخرین آنتی بیوتیک، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز: _____

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

نام فرآورده: ABO و Rh کیسه منجر به بروز عارضه: _____
 شماره کیسه منجر به بروز عارضه: _____
 تاریخ تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: _____
 ساعت شروع تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: am pm

عارضه حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده، ساعت بروز عارضه: am pm
 ساعت قطع تزریق: am pm
 حجم تقریبی تزریق شده از کیسه تا زمان بروز عارضه بر حسب میلی لیتر: _____

آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده؟ بلی خیر ساعت شروع مجدد تزریق: am pm
 ساعت اتمام تزریق: am pm

کیسه به طور کامل تزریق شده (یعنی بروز عارضه پس از اتمام تزریق رخ داده)، ساعت اتمام تزریق: am pm
 وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: _____
 تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) تحت بیهوشی اسپینال (در اتاق عمل) هیچکدام

چنانچه کیسه منجر به بروز عارضه، حاوی RBC (گلبول قرمز) بوده، آیا گرم شده؟ _____ روش گرم کردن؟ _____

۴- علائم، نشانه های بالینی و نتایج آزمایشگاهی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته تشدید یافته است.

تب (افزایش درجه حرارت > یا = ۰٫۵ درجه سانتی گراد)	لوز	درد پشت	سردرد
درد قفسه سینه	قطع ادرار	کم شدن حجم ادرار	تغییر رنگ ادرار
بی قراری	احساس ناخوشی	گر گرفتگی	خارش
قرمزی پوستی (پراش)	استریدور	ویز	کهیبر
خونریزی	رال ریه	تهوع	استفراغ
کاهش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه)	پرادی گاردی (افزایش ضربان قلب به ۶۰ یا کمتر از ۶۰ بار در دقیقه)	تاکی پنه (تنفس مساوی یا بیش از ۲۸ بار در دقیقه)	
افزایش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه)	تاکیکاردی (افزایش ضربان قلب به ۱۰۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه)		

سایر علائم: _____

نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع عارضه: انقباض عروق ریوی بزرگی سایز قلب انقباض ریوی سایر موارد: _____

نتایج آزمایشگاهی:

وجود Hb آزاد در ادرار: منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	وجود Hb آزاد در خون (هموگلوبینمی): منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>
میزان O2 Saturation (پالس اکسی متری یا ABG): _____	نتیجه کشت خون بیمار: _____
نتیجه رنگ آمیزی گرم خون بیمار: _____	نتیجه رنگ آمیزی گرم کیسه: _____
میزان پتاسیم، کلسیم، بیلی روبین، BUN، کراتینین، ALT, LDH, PH (در صورت انجام): _____	

بهر روز

لطفاً برای این دو قسمت باید با توجه به شرایط تزریق کیسه منجر به عارضه تکمیل شود.

علائم و نشانه های عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران هوشیار

* علائم سیستم عصبی:

- گزگز اندام ها

* علائم سیستم تنفسی:

- تاکی پنه

- آپنه

- تنگی نفس

- سرفه

- ویز

* علائم عمومی:

- تب

- لرز

- درد قفسه سینه

- درد کمر

- درد عضلانی

- سردرد

- احساس گرما در محل تزریق یا در

طول رگ



* علائم گوارشی:

- تهوع
- استفراغ
- کرامپ شکمی
- اسهال خونی

* علائم کلیوی:

- تغییرات در حجم ادرار (الیگوری، آنوری)
- تغییر در رنگ ادرار

* علائم قلبی - عروقی:

- تغییرات ضربان قلب (تاکیکاردی، برادیکاری)
- افت فشار خون یا افزایش فشار خون
- خونریزی

* علائم جلدی:

- راش
- کهیر
- خارش


علائم در بیمار غیر هوشیار

- - نبض ضعیف
- - تب
- - افت فشار خون یا افزایش فشار خون
- - تغییر در رنگ ادرار
- - افزایش خونریزی در محل جراحی
- - تاکی کاردی - برادیکاردی
- - الیگوری - آنوری



فراموش نکنیم

واکنش های حاد تزریق خون در ابتدای امر ممکن است تظاهرات یکسان داشته باشند بنابراین هر نشانه ای باید جدی گرفته شود و تزریق خون متوقف تا علت مشخص گردد.



عوارض ناخواسته



فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های آن

شماره سری استان

نمبره فرم

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام خانوادگی:	نام: / /
جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:
نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی:	بخش محل بروز عارضه:
استان محل بیمارستان:	شماره پذیرش / پرونده:
شهر محل بیمارستان:	

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری: -----
 علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده: -----
 میزان Hb قبل از تزریق: -----
 شمارش پلاکت قبل از تزریق: -----

سابقه حاملگی / سقط جنین (در طول زندگی): بلی خیر
 در صورت وجود سابقه، زمان آخرین حاملگی یا سقط: در کمتر از سه ماه گذشته در بیشتر از سه ماه گذشته

تاریخچه بیماری: فشار خون بیماری قلبی و عروقی بیماری ریوی اختلال انعقادی بیماری کلیوی آلرژی بیماری کبدی

سابقه قبلی تزریق خون و فرآورده: بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) بلی (در بیشتر از سه ماه گذشته) خیر سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: بلی خیر

در صورت مصرف آنتی بیوتیک در بستری فعلی، نام آخرین آنتی بیوتیک، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز: -----

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

<p>RBC</p> <input type="checkbox"/> Whole blood <input type="checkbox"/> RBC (Packed Cell) <input type="checkbox"/> Leukoreduced RBC <input type="checkbox"/> Washed RBC <input type="checkbox"/> Washed Leukoreduced RBC	<p>کیسه خون اطفال <input type="checkbox"/></p> <p>Irradiated RBC <input type="checkbox"/></p> <p>Irradiated Leukoreduced RBC <input type="checkbox"/></p> <p>FFP (Fresh Frozen Plasma) <input type="checkbox"/></p> <p>Cryo Precipitate <input type="checkbox"/></p> <p>CPP (Cryo Poor Plasma) <input type="checkbox"/></p>	<p>نام فرآورده، ABO و Rh* کیسه منجر به بروز عارضه: -----</p> <p>شماره کیسه منجر به بروز عارضه: -----</p> <p>Collection date: ----- تاریخ تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: ----- ساعت شروع تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm</p>
<p>PLT</p> <input type="checkbox"/> RDP (Random Donor Platelet) <input type="checkbox"/> SDP (Single Donor Platelet) <input type="checkbox"/> Pooled PLT <input type="checkbox"/> Irradiated RDP <input type="checkbox"/> Irradiated SDP	<p>خون اتولوگ <input type="checkbox"/></p> <p>سایر فرآورده ها <input type="checkbox"/></p> <p>سایر فرآورده ها را نام ببرید</p> <p>توضیحات: -----</p>	<p><input type="checkbox"/> عارضه حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده، ساعت بروز عارضه: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm</p> <p><input type="checkbox"/> ساعت قطع تزریق: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm</p> <p>حجم تقریبی تزریق شده از کیسه تا زمان بروز عارضه بر حسب میلی لیتر: -----</p> <p>آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>ساعت اتمام تزریق: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm</p>
<p>نوع فرآورده، گروه خون، Rh و شماره کیسه های تزریق شده طی ۲۴ ساعت قبل از بروز عارضه (خوانا و واضح): -----</p> <p>تعداد در مجموع (به جز کیسه عارضه): -----</p> <p>روش گرم کردن؟ -----</p>	<p>کیسه بطور کامل تزریق شده (یعنی بروز عارضه پس از اتمام تزریق رخ داده)، ساعت اتمام تزریق: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm</p> <p>ساعت بروز عارضه: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm</p>	<p>وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسه منجر به بروز عارضه:</p> <p><input type="checkbox"/> تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) <input type="checkbox"/> تحت بیهوشی اسپینال (در اتاق عمل) <input type="checkbox"/> هیچکدام</p>
<p>چنانچه کیسه منجر به بروز عارضه، حاوی RBC (گلبول قرمز) بوده، آیا گرم شده؟ ----- روش گرم کردن؟ -----</p>		

فقط یکی از این دو قسمت باید با توجه به فرآیند تزریق کیسه منجر به عارضه تکمیل شود.

عوارض ناخواسته

۴- علایم، نشانه های بالینی و نتایج آزمایشگاهی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته تشدید یافته است .

تب (افزایش درجه حرارت < یا = ۱ درجه سانتی گراد	درد قفسه سینه	بی قراری	قرمزی پوستی (راش)	خونریزی	کاهش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه)	افزایش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه)	علائم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	بعد از بروز عارضه
لرز	درد شکم	احساس ناخوشی	استریدور	رال ریه	کاهش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه)	افزایش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه)	درجه حرارت		
درد پشت	قطع ادرار	گر گرفتگی	ویز	تهوع	برادی کاردی (افت ضربان قلب به ۶۰ یا کمتر از ۶۰ بار در دقیقه)	تاکیکاردی (افزایش ضربان قلب به ۱۰۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه)	تعداد نبض		
سردرد	کم شدن حجم ادرار	خارش	تاکی پنه (تنفس مساوی یا بیش از ۲۸ بار در دقیقه)	استفراغ	استفراغ		فشار خون		
	تغییر رنگ ادرار	کهیبر					تعداد تنفس		

سایر علائم:

نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع عارضه: انفیلتراسیون دوطرفه بزرگی سایز قلب احتقان عروقی ریوی سایر موارد:

ب- نتایج آزمایشگاهی:	قبل از تزریق	بعد از تزریق
ABO-Rh بیمار		
Cross Match (سازگار یا ناسازگار)		
Direct Antiglobulin test (DAT) (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		
Ab Screening (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		

وجود Hb آزاد در ادرار: منفی مثبت

وجود Hb آزاد در خون (هموگلوبینمی): منفی مثبت

میزان O2 Saturation (پالس اکسی متری یا ABG):

نتیجه کشت خون بیمار:

نتیجه رنگ آمیزی گرم خون بیمار:

میزان پتاسیم ، کلسیم ، بیلی روبین ، BUN ، کراتینین ، PH ، LDH,ALT (در صورت انجام):

*کیسه منجر به بروز عارضه : کیسه خون یا فرآورده ای است که در زمان شروع عارضه در حال تزریق بوده ، یا در صورتی که در زمان شروع عارضه ، کیسه ای تزریق نمی شده ، آخرین کیسه تزریق شده را کیسه منجر به بروز عارضه فرض می کنیم.

- قبل از ظهر : am
- بعد از ظهر : pm

مدت زمان نگهداری
نامحدود

ترتیب صفحات
صفحه ۱ از ۲

00.HV.007.FRM/04

عوارض ناخواسته



NIHS

نام بیمارستان:

نام و نام خانوادگی بیمار:

۵- تشخیص و شدت نوع عارضه (تکمیل توسط پزشک)

الف) تشخیص نوع عارضه: (تنها یک عارضه انتخاب شود که همخوانی بیشتری با علائم دارد.)

- واکنش تب زای غیر همولیتیک (FNHTR^{*1})
 واکنش آلرژیک (Allergic Reaction)
 آنافیلاکسی
 تنگی نفس وابسته به تزریق خون (TAD)^{*2}
 TRALI^{*3}
 TACO^{*4}
 PTP^{*5}
 TA-GVHD^{*6}
 افت فشار خون وابسته به تزریق خون (فقط در صورت مصرف داروهای ACEI^{*7} مانند کاپتوپریل و انالاپریل و ...)

- Acute
 Immune
 ABO Incompatible Blood
 Delayed
 Non Immune
 Allo antibodies
 Hemolytic Transfusion Reaction - (HTR)
- بروز خطا در بخش بیمارستان
 بروز خطا در بانک خون بیمارستان
 عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام نمونه گیری
 عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام تزریق خون یا فرآورده
 ارسال اشتباه کیسه فرآورده از بانک خون
 اشتباهات تکنیکی و دفتری در تعیین گروه خون

- HIV
 HBV
 HCV
 Other Viral Infections
 ویرال
 باکتریال
 انگلی
 سایر عفونت ها
 TTI^{*8}
- سایر تشخیص ها
 توضیحات:

- خفیف (درجه ۱)
 شدید (درجه ۲)
 تهدید کننده حیات (درجه ۳ نظیر شوک)
 مرگ (درجه ۴)
- در صورت مرگ، توضیح شرایط منجر به مرگ:

۶- اقدامات درمانی انجام شده پس از بروز عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

- تجویز تب بر
 تجویز مسکن
 تجویز آنتی هیستامین
 تجویز استروئید
 تجویز دیورتیک
 تجویز آنتی بیوتیک
 تجویز اکسیژن
 تهویه مکانیکی
 انتقال به ICU
 جزییات:
- آیا بیمار از محل تزریق خون، به طور همزمان، دارو یا محلول تزریقی دیگری به جز نرمال سالین دریافت کرده؟
 با ذکر نام:

۷- قابلیت استناد عارضه (به تعاریف در انتهای ضمیمه دقت شود) - (تکمیل توسط پزشک)

- Certain (قطعی)
 Probable (محتمل)
 Possible (ممکن)
 Exclude یا Unlike (احتمال اندک)
 Not Applicable (بدون ارتباط)

عوارض ناخواسته

۸- وضعیت بالینی بیمار مرتبط با عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده خونی (تکمیل توسط پزشک)

کاملاً بهبود یافته ناتوانی جزئی یا مختصر ناتوانی شدید یا نقص عضو دائمی مرگ
 انتقال به بیمارستان دیگر نام بیمارستان مقصد:

۹- افراد مرتبط

نام و نام خانوادگی پرستار تزریق کننده: مهر:
 نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهر:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج: امضاء و مهر نظام پزشکی: تاریخ:

نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموویژلانس: امضاء و مهر نظام پزشکی: تاریخ:

+ ۱- دفتر هموویژلانس پایگاه انتقال خون

نام پایگاه انتقال خون بررسی کننده: تاریخ دریافت فرم گزارش عارضه از بیمارستان:
 اعلام نظر توسط واحد هموویژلانس پایگاه انتقال خون: ۱- نوع عارضه: ۲- قابلیت استناد:
 نام و نام خانوادگی پزشک هموویژلانس پایگاه انتقال خون: مهر و امضاء:

ضمیمه

- * 1- FNHTR: Febrile Non Hemolytic Transfusion Reaction
- * 2- TAD: Transfusion Associated Dyspnea
- * 3- TRALI: Transfusion Related Acute Lung Injury
- * 4- TACO: Transfusion Associated Circulatory Overload
- * 5- PTP: Post Transfusion Purpura
- * 6- TA-GVHD: Transfusion Associated- Graft Versus Host Disease
- * 7- ACEI: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors
- * 8- TTI: Transfusion Transmitted Infection

* میزان قابلیت استناد عوارض ناشی از تزریق خون یا فرآورده:

.....> Not Applicable	(بدون ارتباط)
.....> Exclude یا Unlike	(احتمال اندک)
.....> Possible	(ممکن)
.....> Probable	(محتمل)
.....> Certain	(قطعی)

هنگامی که اطلاعات موجود برای استناد کافی نباشد یا بر اساس شواهد و مستندات، علایم مربوط به تزریق خون و فرآورده نباشد.
 هنگامی که شواهد به نفع سایر علل قویتر از شک به عارضه ناشی از تزریق خون و فرآورده باشد.
 هنگامی که شواهد نتواند بین سایر علل ایجاد عارضه و یا عارضه ناشی از تزریق خون افتراق دهد.
 هنگامی که شواهد واضحاً به نفع عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.
 هنگامی که شواهد قطعاً به نفع عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.

لطفاً پس از تکمیل هر دو روی فرم، حداکثر ظرف ۴۸ ساعت پس از وقوع عارضه، آن را از طریق دورنگار و یا تهیه اسکن از پشت و روی فرم و ایمیل به پایگاه انتقال خون ارسال نمایید و از دریافت فرم توسط مسئول هموویژلانس پایگاه اطمینان حاصل فرمایید. اصل فرم تا زمان تحویل به پایگاه انتقال خون در دفتر پرستاری و کپی آن در پرونده بیمار نگهداری شود.

با عرض تشکر از حسن توجه اساتید محترم

