

UCL大安聯合醫事檢驗所

台北市復興南路二段151巷33號1樓
電話：02-2704-9977 傳真：02-2709-1974

核血送檢單(由送檢單位填寫)

請務必填以下資訊，資料不完整予以退件。(檢體與送檢單，請以急件直接進入實驗室簽收)

送檢單位：_____ 採檢時間：_____年__月__日__時__分
電話：_____ 傳真：_____ 送檢時間：__月__日__時__分
採檢人員：_____ 接收時間：__月__日__時__分
血品名稱： WHOLE BLOOD PACKED RBC WASHED RBC

送出之檢體種類及目的(下列三種情況都請勾選送檢單，每批次送檢每一受血者一份)：

- Crossmatching：1支黃頭生化管5mL、1支紫頭EDTA管2 mL、貼有血袋號碼之血條
- 備血：1支黃頭生化管5mL、1支紫頭EDTA管2 mL (本所將備血保存3天)
- 已先備血：_____ 受血者姓名，核血血條(剪每袋血袋上之血條至少3段，每段應貼有血袋號碼)

受血者(RECIPIENT)		供血者(DONOR)	
姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型：	Rh：
身份證號：	病歷號碼：	血袋號碼：(1)	
血型：	Rh：	血袋號碼：(2)	
是否輸過血： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		血袋號碼：(3)	
備註：		血袋號碼：(4)	

UCL大安聯合醫事檢驗所

台北市復興南路二段151巷33號1樓
電話：02-2704-9977 傳真：02-2709-1974

核血確認單(由大安聯合檢驗所填寫)

為保障輸血安全，輸血前請務必核對確認以下資料，並確定結果再行輸血。

(確認無誤後請簽收並回傳)

送檢單位：_____ 送檢時間：__月__日__時__分
收件人員：_____ 接收時間：__月__日__時__分
血品名稱： WHOLE BLOOD PACKED RBC WASHED RBC

受血者(RECIPIENT)	供血者(DONOR)	
姓名：	血型：	Rh：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血袋號碼：(1)	
身份證號：	血袋號碼：(2)	
病歷號碼：	血袋號碼：(3)	
血型：	血袋號碼：(4)	
Rh：	備註：	
核血結果：	檢驗人員：	

簽收人員：_____ 簽收時間：__月__日__時__分