

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 ☐ LP-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)

因應CAP Checklist TRM.30575規範提到需在核血前先抽一管EDTA全血送至本所檢測血型(與核血之EDTA全血檢體需分開時間採檢)的要求，如本所發現輸血方送來的受血者未在本所檢驗過血型，本所將會使用該管EDTA檢體檢驗血型，等輸血方再次抽取受血者的EDTA全血再進行核血。送檢單位已充分了解核血送檢之規定，請務必於下方簽名並簽署日期(如未簽名本所將不受理並以退件處理)，感謝您的配合與諒解。

該單位簽名：_____ 日期：_____

受血者(RECIPIENT)		供血者(DONOR)	
姓名：	性別： ☐ 男 ☐ 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： ☐ 是 ☐ 否		血袋號碼：(3)	
備註：		血袋號碼：(4)	

TRM.30575 Mistransfusion Risk Reduction

Phase II



The facility has a system to reduce the risk of mistransfusion for non-emergent red cell transfusions.

NOTE: Mistransfusion occurs from misidentification of the intended recipient at the time of specimen collection for pretransfusion testing, during laboratory testing and preparation of units to be issued, and at the time of transfusion.

Misidentification at sample collection occurs approximately once in every 1,000 samples, and in one in every 12,000 transfusions the recipient receives a unit not intended for or not properly selected for him/her.

Risk reduction options that might be considered include:

- Verifying the ABO group of the intended recipient on a second sample collected at a separate phlebotomy (including the recording of the result in the institution's historical record)
- Utilizing a mechanical barrier system
- Utilizing an electronic identification verification system that ensures that the patient from whom the pretransfusion specimen was collected is the same patient who is about to be transfused
- Other approaches capable of reducing the risk of mistransfusion.

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 ☐ LP-RBC

受血者(RECIPIENT)	供血者(DONOR)	
姓名：	血型：	Rh：
性別： ☐ 男 ☐ 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