

血液製剤伝票		照合(ダブルチェック)				
		血液製剤 入手時	輸血実施時			
血液製剤 発注前 に記入	伝票作成日	年 月 日	血液製剤	カルテ	血液製剤	患者 (注7)
	患者番号			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者氏名			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者生年月日	年 月 日				<input type="checkbox"/>
	患者住所(注1)					
	患者血液型 ABO	A・B・O・AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者血液型 RhD	＋・－	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	血液製剤種類 (注2・3)	RCC・PC・FFP・()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	使用予定単位数	単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	使用予定日	年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
輸血前ウイルス 感染症検査(注4)	済・未		<input type="checkbox"/>			

血液製剤①

放射線照射済(注3)		<input type="checkbox"/>			
製造番号	製剤のシールをここに貼付	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
有効期限(注5)	年 月 日	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
交差適合試験(注6)	適合・不適合・不要			<input type="checkbox"/>	
輸血実施記録の準備			<input type="checkbox"/>		
署名1-1		<input type="checkbox"/>			
署名1-2		<input type="checkbox"/>			
署名2-1			<input type="checkbox"/>		
署名2-2			<input type="checkbox"/>		
署名3-1				<input type="checkbox"/>	
署名3-2				<input type="checkbox"/>	
使用日(注8)	年 月 日				<input type="checkbox"/>

血液製剤②

放射線照射済(注3)		<input type="checkbox"/>			
製造番号	製剤のシールをここに貼付	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
有効期限(注5)	年 月 日	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
交差適合試験(注6)	適合・不適合・不要			<input type="checkbox"/>	
輸血実施記録の準備			<input type="checkbox"/>		
署名1-1		<input type="checkbox"/>			
署名1-2		<input type="checkbox"/>			
署名2-1			<input type="checkbox"/>		
署名2-2			<input type="checkbox"/>		
署名3-1				<input type="checkbox"/>	
署名3-2				<input type="checkbox"/>	
使用日(注8)	年 月 日				<input type="checkbox"/>

輸血副作用(輸血実施記録に記入した場合は不要)

注1 患者番号を20年以上保存予定の場合住所省略可

注2 RCC・PC・FFP = 赤血球濃厚液・血小板濃厚液・新鮮凍結血漿

注3 必ず照射血を発注してください(新鮮凍結血漿は照射不要)。

注4 HBs抗原、HBs抗体、HBc抗体、HCV抗体、HCVコア抗原、HIV抗体

注5 有効期限が使用予定日以降であることを確認してください。

注6 赤血球製剤のみ必要。交差適合試験「不適合」の血液製剤は使用できません。

注7 患者のベッドサイドで患者とともに血液製剤伝票、血液製剤を確認してください。

注8 血液製剤使用後記入してください。