

馬偕好鄰居合作計畫醫療機構病患領用捐血中心血液申請表

醫療機構：\_\_\_\_\_（醫院代號：\_\_\_\_\_）

緊急輸血       非緊急輸血

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|  |            |      |              |  |      |
|--|------------|------|--------------|--|------|
| 病患姓名   |            | 病歷號碼 |              | 病患血型 (ABO)   |      |
|  |            |      |              | <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> AB+ |      |
| 血液成品   |            |      | 申請數量<br>(單位) | 醫療機構印章   |      |
| 全血   |            |      |              |  |      |
| 紅血球濃厚液   |            |      |              |  |      |
| 配合試驗   | 66759 抗體篩檢 |      | 1            |  |      |
|  | 66774 交叉試驗 |      |              |  |      |
| 66756 抗體鑑定   |            |      |              |  |      |
| 1. 請持本申請單向馬偕醫院血庫領用捐血中心血液。<br>2. 全血每單位 250cc，紅血球濃厚液每單位為 250cc 全血製成。<br>3. 輸血配合試驗檢及抗體鑑定應由領血醫院另支付費用辦理。<br>4. 血液經領用不接受退回。<br>5. 用血回報資料，由領血醫院依照醫療法規，自行登錄管理以利衛生主管單位追溯輸血感染。 |            |      |              | 領血人  | 姓名：  |
|  |            |      |              |  | 電話：  |
|  |            |      |              | 醫  | 聯絡人： |
|  |            |      |              | 院  | 電話：  |
|  |            |      |              |  | 醫師簽章 |

領血方式： 醫院自行領血  
 委託運送公司

馬偕醫院血庫電話核對人員：

備血人員：