

FORMULIR TRANSFUSI DARAH / PRODUK DARAH

2024/10/15/000699
RM : 167416 Tgl.Lhr : 10/08/1978
Nama : ERIX WIDYANTORO (46 Th)
NIK : 3372011008780006
JAJAR GANG DUKU IIB RT 3 RW 4,
JAJAR, LAWEYAN, KOTA SURAKARTA

Identitas pasien

Nomor kantong

Golongan Darah

Jenis Darah/komponen

Tanggal Kadaluarsa

Petugas Bank Darah

Nama & tandatangan

Waktu penyerahan (tanggal & jam)

Penerima Darah

Nama & tandatangan

Waktu transfusi (tanggal & jam)

KONDISI	SEBELUM TRANSFUSI (..... WIB)	15-30 menit TRANSFUSI (..... WIB)	2 jam TRANSFUSI (..... WIB)	PASCA TRANS (.....)
Kadaan umum	cm	cm	cm	cm
Suhu tubuh	36,8	36,3	36,8	36,5
Nadi	83	80	80	83
Tekanan darah	106/81	105/81	105/80	108/83
Respiratory rate	20	20	20	20
Volume & warna urin	bening			
Gejala & tanda reaksi transfusi yang ditemukan *)	urtikaria	urtikaria	urtikaria	urtikaria
	demam	demam	demam	demam
	gatal	gatal	gatal	gatal
	takikardi	takikardi	takikardi	takikardi
	hematuria/ Hemoglobinuria**	hematuria/ Hemoglobinuria**	hematuria/ Hemoglobinuria**	hematuria/hemoglobinuri

Nama Perawat yang melakukan transfusi

(double check)

1. Endar

2. Dila

*) Lingkari gejala yg ditemukan.

**) mengikuti SPO pelaporan reaksi transfusi

MONITORING TRANSFUSI DARAH / PRODUK DARAH

Identitas pasien
 Nomor kantong
 Golongan Darah
 Jenis Darah/komponen
 Tanggal Kadaluarsa
 27 Oktober 2024
 Petugas Bank Darah
 Nama & tandatangan
 Waktu penyerahan (tanggal & jam)
 16/10/2024
 Penerima Darah
 Nama & tandatangan
 Waktu transfusi (tanggal & jam)
 16/10/2024

KONDISI	SEBELUM TRANSFUSI (..... WIB)	15-30 menit TRANSFUSI (..... WIB)	2 jam TRANSFUSI (..... WIB)	PASCA TRANS (.....)
Keadaan umum	CM	CM	CM	CM
Suhu tubuh	36	36	36	36
Nadi	83	80	82	82
Tekanan darah	106/81	110/74	111/73	111/72
Respiratory rate	20	20	20	20
Volume & warna urin	Jernih	Jernih	Jernih	Jernih
Gejala & tanda reaksi transfusi yang ditemukan (*)	urtikaria	urtikaria	urtikaria	urtikaria
	demam	demam	demam	demam
	gatal	gatal	gatal	gatal
	takikardi	takikardi	takikardi	takikardi
	hematuria/ Hemoglobinuria**	hematuria/ Hemoglobinuria**	hematuria/ Hemoglobinuria**	hematuria/ hemoglobinuria
Nama Perawat yang melakukan transfusi (double check) <div> 1. Endar 2. Dika </div>				

(*) Lingkari gejala yg ditemukan.

(**) mengikuti SPO pelaporan reaksi transfusi