

Khoa:.....

PHIẾU TRUYỀN MÁU
PHẦN I. XÉT NGHIỆM HOÀ HỢP MIỄN DỊCH TRUYỀN MÁU

Họ và tên người bệnh: Mã số:..... Tuổi: Giới tính:
Chẩn đoán: Khoa/phòng:..... Số giường:.....
Loại chế phẩm, máu truyền: Số lượng:.....ml
Mã số đơn vị chế phẩm máu truyền:.....
Ngày lấy máu / điều chế: Hạn dùng:.....

Người bệnh nhóm ABO:.....R-h	Kết quả xét nghiệm hoà hợp miễn dịch		
Chế phẩm máu nhóm ABO:.....Rh		môi trường muối	37°c/kháng globulin
Các xét nghiệm khác:.....	ống 1		
	ống 2		

Hồi.....giờ.....ngày.....tháng.....năm 201.....
NGƯỜI LÀM XÉT NGHIỆM **TRƯỞNG KHOA**
(Chữ ký và họ tên) (Chữ ký và họ tên)

PHẦN II. THEO DÕI TRUYỀN MÁU LÂM SÀNG

Lần truyền máu thứ:.....
Định nhóm đơn vị máu, chế phẩm:..... Định nhóm người nhận: Phản ứng chéo tại giường:.....
Bắt đầu truyền hồi:.....giờ.....ngày.....năm 20.....

Thời gian	Tốc độ truyền (giọt/ph)	Màu sắc da, niêm mạc	Nhịp thở (l/phút)	Mạch (l/phút)	Huyết áp (mmHg)	Thân nhiệt (°C)	Những diễn biến khác

Ngừng truyền hồi:..... giờ.....ngày.....năm 20.....
Số lượng máu thực tế đã truyền:..... ml
Nhận xét quá trình truyền máu:
.....

BÁC SỸ ĐIỀU TRỊ
(Ký và ghi rõ họ tên)

ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN MÁU
(Ký và ghi rõ họ tên)