

PETUNJUK PERMINTAAN :

1. Satu formulir untuk satu kali permintaan.
2. Setiap permintaan darah harus disertai sampel pasien dalam tabung EDTA 3 mL dan tambahan darah 2 untuk kasus rujukan.
3. Nama dan identitas pasien pada formulir dan konten darah harus SAMA.

PETUNJUK TRANSFUSI : pastikan identitas pasien dan label etiket pada kantong darah, label dan formulir, Segera kembalikan bila ada ketidakcocokan ke BDRS setempat atau UDD.

UDD PMI KOTA JAKARTA TIM



JT22079677 <03/10/2023 15:10>

OS: OFTI DIANA, NY

25

Harap Diisi LENGKAP oleh Pihak RS untuk keamanan transfusi

☐ Biasa ☐ Cito (harus disertai memo)

RS : RS Charma Nugraha Bagian : 160
Alamat RS : Jl. Balai pustaka no. 19 Rt 07/Rw
07 kec. Pulo Gadung kel. Rawamangun
Jakarta Timur

Tgl Permintaan : 03/10/23 Diperlukan :
Diagnosis klinis : pre op mioma uteri dgn anemia
Alasan Transfusi : Anemia Hb : 91.0 g%
Trombosit : 342 ul
Berat Badan : Kg

Dokter yang meminta

Nama Pasien Ny Ofi Diana ☐ lk ☒ pr
Nama Suami : No. Rekam Medik : 11.91.55
Tgl. Lahir/usia : 16-10/1978 /
Alamat rumah :
No. Telp /HP :

Transfusi sebelumnya : Ya/tidak Kapan :
Gejala Reaksi Transfusi :
Apakah pernah diperiksa serologi golongan darah (Coomb's Test)
Dimana : Kapan : Hasil :
Khusus pasien wanita : Pernah hamil Ya/Tidak Jumlah ...
Pernah abortus atau bayi kuning karena hemolisis (HDN)? Ya/Tidak*

DARAH LENGKAP (WHOLE BLOOD)

WB Segar / Biasa* : mL

AH MERAH PEKAT (PACKED RED CELL)

PRC Biasa : 500 mL

PRC Pediatric leukodepleted** : mL

PRC dengan Filter (Leukodepleted)** : mL

Washed Erythrocyte (WE) : mL

Lain-lain :

*coret yang tidak perlu **leukodepleted dengan filter Leukosit

Saya menyatakan bahwa darah yang diambil sesuai dengan
nama pasien tertulis di form ini dan dilabel di bedside.

Tanggal pengambilan sampel : 3/10/23 Jam 14.30

Nama Petugas : Bg. Kiki & Andis Delvina

Tanda tangan :

THROMBOCYTE CONCENTRATE (TC)

TC Biasa : unit

TC Apheresis : unit

TC pooled (leukodepleted)** : unit

PLASMA

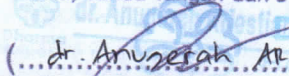
Plasma Cair (Liquid Plasma) : mL

Plasma Segar Beku (FFP) : mL

Cryoprecipitate-AHF : unit

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa
jumlah dan jenis kantong yang diminta benar dan
sesuai kebutuhan pasien.

Nama, Tanda Tangan dan STEMPEL RS


 Pharma Nugraha

PENERIMAAN SAMPEL (Diisi oleh petugas BDRS/UDD)

Nama OS : Ofi

Diterima oleh :  Tgl : 3/10/23 JAM : 15.10

PERIKSAAN DAN PEMBERIAN DARAH (Diisi oleh petugas BDRS/UDD)

Diperiksa oleh :  Tgl : 3/10/23 JAM : 16.45

Sengan hasil pemeriksaan COCOK/TIDAK COCOK/TANPA CROSS/EMERGENCY dengan perincian :

ABO	RHESUS	Pemeriksa
O	NAT	Arlestianty

No.	Nomor Stock	Jenis Darah	Gol Darah	Tgl Kadaluarsa	Vol (mL)	Petugas	Nama yg Mengambil	Tanda tangan Keluarga
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								