



Nama :  
Tgl. Lahir / Umur :  
Nomor RM :  
NIK :

## CHECKLIST PEMBERIAN TRANFUSI DARAH

### CHECKLIST PEMBERIAN TRANFUSI DARAH

Informed Consent : ☐ ada ☐ Tidak

Tanggal Pemberian Tranfusi : Jumlah Darah :

Jam Pemberian Tranfusi : No. Kantong :

Golongan Darah : Tgl. Kadaluarsa :

#### 1. Cocokan kantong darah, kartu label dengan menanyakan identitas pasien dan golongan darah

Keterangan		Instruksi Dokter		Form Permintaan Tranfusi Darah		Kantong Darah		Kartu label	
		Sesuai	Tidak sesuai	Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Tidak Sesuai
A	Jenis Darah								
B	Golongan Darah								
C	Kondisi Kantong Darah								
D	No. Kantong Darah								
E	Tgl. Kadaluarsa								

#### 2. Cocokan Instruksi Dokter di Rekam medis, format permintaan tranfusi darah, kantong darah dan kartu label

Keterangan		Gelang Identitas		Kantong Darah		Kartu Label	
		Sesuai	Tidak sesuai	Sesuai	Tidak sesuai	Sesuai	Tidak sesuai
A	Nama Lengkap						
B	Tanggal Lahir						
C	No. RM						
D	Golongan Darah						

Telah Diverifikasi Oleh :

Perawat yang Memberikan :

(.....)

(.....)