

Nama :

Tgl. Lahir / Umur :

Nomor RM :

NIK :

RM 44

RM 44

**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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 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 :

(…………………………………) (…………………………………)