災害時輸血製剤申込書兼現場控え

Ver.7

災害により電子カルテ（検査・輸血部門システム）停止時はこの申込書を使用してください。
システム復帰後に輸血部にて輸血オーダを入力し、事後処理します。

氏名		□男　□女				申込医	
トリアージ番号		M	/	F		備考	

申込日	年　月　日	輸血予定日	□申込日と同じ　□申込日以外　年　月　日

輸血出庫場所	トリアージエリア	輸血実施場所
	□ **赤**　□ **黄**　□ **緑**	□ 手術部　□ ICU　□ その他（　　）

申込製剤にﾁｪｯｸを付けてください。（1製剤1伝票）

申込製剤	□赤血球液 O型	□新鮮凍結血漿 AB型	□ 血小板 AB型	□アルブミナー 5%　12.5ｇ/250mL	□アルブミンベーリング 20%　10ｇ/50mL
申込数	単位	単位	単位	本	本

輸血副作用通知票

輸血副作用

有 ・ 無

遅発性副作用については後日輸血部（2421）までご連絡ください

□ 発熱（　℃）	□ 発赤・顔面紅潮	□ 胸痛・腹痛・腰背部痛	□ 動悸・頻脈
□ 悪寒・戦慄	□ 発疹・じんま疹	□ 頭痛・頭重感	□ 血管痛
□ 熱感・ほてり	□ 呼吸困難	□ 血圧低下	□ 意識障害
□ そうよう感・かゆみ	□ 嘔気・嘔吐	□ 血圧上昇	□ 血尿(ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ尿)
□ その他（　　）			

製剤名	血液型		製剤番号	照射日	有効期限	交差適合試験	輸血部払出時		到着時	輸血開始時		輸血終了日時	返却日時
							払出者	受取者	受領者	確認者	確認者		
				年 月 日	年 月 日	□未 □済 (適合) □対象外	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分	月 日 時 分
				年 月 日	年 月 日	□未 □済 (適合) □対象外	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分	月 日 時 分
				年 月 日	年 月 日	□未 □済 (適合) □対象外	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分	月 日 時 分
				年 月 日	年 月 日	□未 □済 (適合) □対象外	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分	月 日 時 分
				年 月 日	年 月 日	□未 □済 (適合) □対象外	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分	月 日 時 分
				年 月 日	年 月 日	□未 □済 (適合) □対象外	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分	月 日 時 分
				年 月 日	年 月 日	□未 □済 (適合) □対象外	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分	月 日 時 分