

## طلب مواد دموية

اسم المريض و لقبه : ..... تاريخ الولادة : / / / / / / / / / / الجنس : .....  
القسم : ..... السرير : ..... رقم التسجيل : ..... رقم الملف : .....  
الزمرة الدموية  العامل الريصي  النمط الظاهري

التشخيص و سبب نقل الدم : .....  
متعدد نقل الدم\* :  لا  نعم   
تاريخ آخر كشف عن الرصاصات غير المنتظمة : / / / / / / / / / / النتائج : .....  
المضاعفات السابقة عند نقل الدم\* :  لا  نعم  النوع : .....  
عدد حالات الحمل السابقة /

| النوعية*   | الكمية | المواد المطلوبة*  |
|--|--------|---|
| <input type="checkbox"/> فقير من الكريات البيضاء | .....  | <input type="checkbox"/> الدم الكامل                      |
| <input type="checkbox"/> خالي من الكريات البيضاء | .....  | <input type="checkbox"/> مركز الكريات الحمراء             |
| <input type="checkbox"/> منموط ظاهريا            | .....  | <input type="checkbox"/> مركز الصفائح                     |
| <input type="checkbox"/> مشمع                    | .....  | <input type="checkbox"/> البلازما الطازج المجمد           |
| <input type="checkbox"/> مكونات أخرى : .....     | .....  | <input type="checkbox"/> البلازما الخالي من الراسب القرني |
| .....  | .....  | <input type="checkbox"/> الراسب القرني                    |

| اسم الطبيب المعالج و لقبه | الهاتف | الإمضاء | الختم |
|---------------------------|--------|---------|-------|
| .....                     | .....  | .....   | ..... |

التاريخ : / / / / / / / / / /

يرفق الطلب بـ : - بطاقة الزمرة الدموية  
- عينة من دم المريض للقيام باختبار التطابق  
- وصل تبرع أو بطاقة متبرع بالدم

أرقام الوحدات الموزعة :

.....  
.....  
.....

التاريخ : / / / / / / / / / /

الساعة : .....

اسم المتسلم و لقبه و إمضاه

( \* ) توضع علامة (x) داخل الخانة المناسبة

**هام جدا** : - يجب التأكد قبل كل عملية نقل دم من أن أرقام وحدات الدم المعدة للنقل مطابقة للأرقام المسجلة بهذا الطلب  
- يجب القيام بالمراقبة الأخيرة قبل نقل الدم عند سرير المريض  
- يجب تدوين كل عملية نقل دم بسجل نقل الدم التابع للقسم و ببطاقة نقل الدم لكل متلقي