

免疫血液学检查申请单

患者姓名:	性别:	年龄:	身份证号:
送检医院:		住院号:	科室:
床号:			
临床诊断和主要症状:			
患者(家属)联系电话:		输血科联系电话:	
报告目的地: <input type="checkbox"/> 同申请单位 <input type="checkbox"/> 其它_____		送检医师:	联系电话:
		送检日期:	年 月 日
申请的检测项目: 检测要求: <input type="checkbox"/>缓 <input type="checkbox"/>急 <input type="checkbox"/> ABO 血型鉴定 <input type="checkbox"/> Rh 血型鉴定 <input type="checkbox"/> 交叉配血 (配血量 _____U <input type="checkbox"/> 去白细胞 <input type="checkbox"/> 洗涤红细胞 <input type="checkbox"/> 其它 _____) <input type="checkbox"/> Coomb's 试验 <input type="checkbox"/> 不规则抗体筛查 <input type="checkbox"/> 不规则抗体鉴定 <input type="checkbox"/> 新生儿溶血病检测 <input type="checkbox"/> 筛血 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 检测方法: <input type="checkbox"/> 《全国临床检验操作规程》第四版第一篇第五章血型血清学检查 <input type="checkbox"/> 其它 _____			
采集日期和时间: _____年 月 日 时 分 采集人: _____ 送检人: _____			
样本类型: <input type="checkbox"/> 静脉全血 EDTA 抗凝_____ ml 不抗凝_____ml <input type="checkbox"/> 其它: _____ 样本容器: <input type="checkbox"/> 塑料试管 <input type="checkbox"/> 玻璃试管			
输血史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 曾输注的血液制品: <input type="checkbox"/> 红细胞悬液 (<input type="checkbox"/> 去白细胞、 <input type="checkbox"/> 洗涤、 <input type="checkbox"/> 辐照) <input type="checkbox"/> 血浆 <input type="checkbox"/> 血小板 输血次数: _____次 共_____单位 末次输血日期_____ 输血反应症状_____			
妊娠史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 妊娠数: _____次 流产: _____次 原因_____ 存活子女数: _____ 目前妊娠: _____周			
药物史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 药物类型: <input type="checkbox"/> 甲基多巴类药物 <input type="checkbox"/> 青霉素类药物 <input type="checkbox"/> 激素类药物 <input type="checkbox"/> 其它: _____ 品名_____ 剂量_____ 服药_____天			
既往免疫血液学检查记录(或医院输血科检查记录): ABO 血型: <input type="checkbox"/> A 型 <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> O 型 <input type="checkbox"/> AB 型; Rh (D) 血型: <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 其它血型_____ Hb _____ (g/L) 总胆红素_____ 血小板计数 _____ 抗体筛查 _____ 抗体类型_____ 抗体效价_____ 直接抗球蛋白试验_____ 其它 _____			
实验室接受检查: (中心血站填写) <input type="checkbox"/> 接受申请 <input type="checkbox"/> 拒收申请 样本状态: <input type="checkbox"/> 包装完好, 质量符合要求 <input type="checkbox"/> 包装破损 <input type="checkbox"/> 妥协样本 (部分不符合标准但继续检测的样本) <input type="checkbox"/> 样本在 2℃~8℃下保存 拒收理由: <input type="checkbox"/> 血样本抗凝剂错误 <input type="checkbox"/> 样本量不够 <input type="checkbox"/> 采血时间过长 <input type="checkbox"/> 其它原因: _____ 样本接收人: _____ 接收日期和时间: _____年 月 日 时 分			
委托方(送检医院)须知			
1、委托方同意按要求采集真实合格的血样本, 由医院指定人员送检。鉴定方仅对验收合格的样本或样本的合格部分负责。 该送检血样有可能应用于相关科学研究, 本实验室确保受试者信息不外流。患者(受试者)若拒绝参与相关科学研究, 请勾选。 <input type="checkbox"/>不愿意参与 2、委托方了解疑难配血问题因检测项目多, 检测时间较长, 不适于紧急情况下输血前配血, 检测结果仅供临床参考。 3、委托方了解由于患者、供者群体红细胞血型抗原、抗体的分布频率以及同种免疫的特殊性, 不能确保每次实验一定能提供与患者相容的供者血液。 4、委托方了解样本检测后样本的有效保存期为 7 天, 对合格样本的复检要求应在有效保存期内、并保存有足量的剩余样本时提出。 5、委托方了解输血前疑难交叉配血需采集两份血样送检: ①抗凝血(禁用肝素抗凝)5ml ②不抗凝血(干燥管)5-10ml。输血反应检查需将患者输血前后的样本及献血者样本一起送检。 6、委托方了解血型参比实验室 工作时间: 周一至周五: 8: 00~12: 00, 14: 30~17: 30 周六、周日、法定节假日不进行常规检测, 即不接收常规样本, 仅接收急诊样本进行检测。			

地址: 南宁市科园大道 18 号 南宁中心血站业务大楼 7 楼输血医学研究所血型参比实验室 联系电话: 0771-3212557 3217522
乘公交车 24 路、34 路、35 路、46 路、53 路、54 路、88 路、91 路、707 路在南宁中心血站下车。