

红细胞疑难检测委托申请表

标本检测编号：（由检测实验室填写）

*送检单位：							
受检者基本信息							
*姓名		*性别		*年龄		*科室/病区	
*住院号 (唯一性编号)		*床号		Hb(g/L)		*标本采集日期及时间	年 月 日 时 分
临床诊断							
*免疫史	输血史： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（最近一次输血时间：_____；有无输血反应史： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有） 妊娠史： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（孕：_____产：_____） 移植史： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（手术日期：_____）						
*药物史	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> CD38 单抗 <input type="checkbox"/> CD47 单抗 <input type="checkbox"/> 利妥昔单抗 <input type="checkbox"/> 两性霉素 B <input type="checkbox"/> 伏立康唑 <input type="checkbox"/> 抗-D 免疫球蛋白 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剂 <input type="checkbox"/> 静脉注射丙种球蛋白 <input type="checkbox"/> 其他：抗生素类_____ 单抗类_____ 其他_____						
*有无经血传播疾病： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 其它：							
*申请医生签名：				联系电话：			
*委托申请检测项目							
<input type="checkbox"/> 输血前疑难交叉配血 <input type="checkbox"/> 抗体筛查及鉴定 <input type="checkbox"/> 疑难血型鉴定 <input type="checkbox"/> 新生儿溶血病检测 <input type="checkbox"/> 产前免疫血型血清学检测 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
*送检单位实验室检测信息							
血型：ABO 正定型_____反定型_____ RhD_____ 其它_____							
直接抗球蛋白结果_____ 抗体筛选结果 I: _____ II: _____ III: _____							
其他问题：_____							
申请<u>输血前疑难交叉配血</u>项目须填写：							
主侧配血结果_____ 次侧配血结果_____							
交叉配血不相容份数_____ 交叉配血方法_____							
预定血液品种与数量：							
血液品种： <input type="checkbox"/> 去白悬浮红细胞 <input type="checkbox"/> 洗涤红细胞（MAP） <input type="checkbox"/> 洗涤红细胞（盐水） <input type="checkbox"/> 其他：_____							
血型：ABO_____ RhD_____ 申请数量：_____（U） 血液辐照： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
是否本中心供血： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（ <input type="checkbox"/> 龙岗 <input type="checkbox"/> 宝安 <input type="checkbox"/> 其他：_____；属地供血部门电话：_____）							
*输血科实验人员： _____（签名）				*输血科联系电话： _____			
*输血科主任： _____（签名）				*申请日期： _____年_____月_____日			
本申请单共 2 页，请务必阅读第 2 页《医院委托方须知》并签署《患者知情同意书》！							

标本检测编号：（由检测实验室填写）

医院委托方须知

1. 送检标本采集要求：①不抗凝血（干燥管）5ml，②EDTA 抗凝血 5ml。如果患者是新生儿，则采集新生儿 EDTA 抗凝血 3-5ml，以及新生儿母亲抗凝和不抗凝血各 5ml。
2. 送检标本的试管上必须标明患者信息，同时填写完整的《红细胞疑难检测委托申请表》，患者/患者代表务必阅读《患者知情同意书》并签署意见，标本试管上的信息必须与申请单信息一致，由医院指定人员将标本与申请单一起送达实验室，鉴定方仅对验收合格的标本负责。
3. 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。
4. 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，无法确保每次实验一定能提供与患者相容的供者血液，检测结果仅供临床参考。
5. 委托方了解检测后标本的有效保存期为 7 天，对合格标本的复检要求应在有效保存期内、并保存有足量的剩余标本时提出。

*患者知情同意书

为保证红细胞血型相关疑难检测项目的服务质量，保障各方权益，请患者或其代表阅读并理解知情同意条款，并签署意见和姓名，相关事项告知如下：

1. 实验室仅接收临床医生书面委托，即《红细胞疑难检测委托申请表》。委托申请表必须同时经临床医生、输血科人员签名以及附有联系电话，否则我中心将不予受理。
2. 委托方有义务按要求采集真实、合格的标本，有唯一性标识，与申请表上信息相符。标本或申请表不合格者，我中心将不予受理。
3. 委托方了解疑难配血/血型鉴定等问题因检测项目多，检测时间较长，不适于紧急情况下输血。
4. 委托方了解由于患者体内存在自身抗体和其它不规则抗体，以及供者群体红细胞血型抗原、抗体的分布频率的特殊性，无法确保每次配血实验都能提供与患者相容的供者血液。
5. 疑难交叉配血项目收费依据《深圳市非营利性医疗机构基本医疗服务项目和价格》，无论是否筛选到相合的红细胞血液，均需收取相应的检测费用。
6. 红细胞输注决定权在于临床主治医生。本中心红细胞疑难交叉配血报告仅供临床医生参考，不能作为诊断和证明之用。
7. 本人同意将检测后的剩余标本匿名用于输血医学研究和统计分析，为制定安全输血策略提供依据。

我已阅读/被告知并理解上述《患者知情同意书》内容。

我的意见： 同意

不同意 请具体说明理由：_____

患者/患者代表签字：_____ 与患者关系：_____

患者居住地： 深圳市 外地：_____ 联系电话：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

接收 让步接收 不予受理

输血医学研究室接收人员：_____（签名） 接收日期及时间：_____年____月____日____时____分

输血医学研究所地址：

深圳市福田区安托山一路 2 号 深圳急救血液信息三中心 血液中心大楼 705 室 邮编：518040

咨询电话：0755-25607012，传真：0755-25608401。