แบบฟอร์มหมายเลข 8

ชื่อโรงพยาบาล.....................................................................หมายเลขสมาชิก......206206...............................

ที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์..................................................................................................................................

ใบขอใช้โลหิต ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (ตรวจ NAT ทุกยูนิต)

วันที่..................................................

ชื่อผู้ป่วย...........................................................อายุ..............ปี ห้อง.................เลขที่ทั่วไป.............................

ที่อยู่ เลขที่...........................ถนน.........................................แขวง/ตำบล.........................................................

เขต/อำเภอ................................................จังหวัด...................................ฐานะความเป็นอยู่.............................

ป่วยเป็นโรค.....................................................................................................................................................

หมู่โลหิต (BLOOD GROUP**) A B O AB** Rh positive

ต้องการโลหิตชนิด WHOLE BLOOD (WB) จำนวน............UNIT

 PACKED RED CELLS (PRC) จำนวน............UNIT

 LEUKOCYTE-POOR PACKED RED CELLS (LPRC) จำนวน............UNIT

 FRESH FROZEN PLASMA (FFP) จำนวน.............UNIT

 RANDOM PLATELET CONCENTRATE (PC) จำนวน.............UNIT

 POOLED LEUKOCYTE-POOR PLATELET (LPPC) จำนวน..............UNIT

 SINGLE DONER PLATELET CONCENTRATE (SDP) จำนวน.............UNIT

แพทย์ผู้สั่งใช้โลหิต...........................................................................................................................................

พยาบาลผู้รับคำสั่ง.............................................................................................................................................

 (ลงชื่อ)...............................................................

 (...........................................................)

 ตำแหน่ง.............................................................