

申請日期： 年 月 日

病歷號：		<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 床號
姓名：		
出生： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

緊急用血單

(限有生命危險緊急狀況下使用)

病人血型：	領血部門： <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 開刀房 <input type="checkbox"/> 產房 <input type="checkbox"/> 病房
診斷(手術名稱)：	

本醫師判斷此病人情況緊急需要立即輸血，請血庫立即提供血液！

要求使用之醫師 _____ (無簽章者恕不發血)

(血庫立即發血，不驗血型及交叉試驗)

O 型 PRBC 2 U

O 型 PRBC 4 U

(超過 4U 者，請以一般備血單申請)

血袋號碼	血型	發血醫檢師	核對 / 輸血人員	輸血日期/時間
			/	
			/	
			/	
			/	

第一聯(紅色)病歷留存，第二聯(白色)血庫留存