

血庫檢驗及耗材申請單

病歷號碼_____

申請日期_____

姓名_____

申請醫師_____

急診 門診 病床號_____

健保 一般

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0309 A、B、O Type | ※ 特殊血型 Special blood group |
| <input type="checkbox"/> 0310 RH(D) Typing | <input type="checkbox"/> 11008 Lewis antigen |
| <input type="checkbox"/> 1101 Antibody Screening Test | <input type="checkbox"/> 11009 D,E,C,e,c |
| <input type="checkbox"/> 0351 Anti-A、Anti-B Titration Test | <input type="checkbox"/> 11010 特殊血型三大群以上 |
| <input type="checkbox"/> 0352 Anti-RH(D) Titration Test | <input type="checkbox"/> 11012 HLA 符合試驗 |
| <input type="checkbox"/> 0331 Ab identification | ※ 耗材 |
| <input type="checkbox"/> 11006 Adsorption and elution | <input type="checkbox"/> 94004 治療性放血-血袋:_____個 |
| <input type="checkbox"/> 0703 Direct Coomb's Polypecific Test | <input type="checkbox"/> AL0218 血液加溫器耗材:_____個 |
| <input type="checkbox"/> 0704 Indirect Coomb's Polypecific Test | <input type="checkbox"/> AL0784 輸血套管(Pump 用) |
| <input type="checkbox"/> 12099 Coomb's IgG Monospeific Test | |
| <input type="checkbox"/> 12100 Coomb's C3d Monospeific Test | |

Result :

Reporting Date____/____/____ Examiner_____ 批價人員_____