

# 血液成分分離術申請單

時間： 年 月 日 時

## 一、病患資料：

姓名： 病歷號碼： 床號： 性別： 年齡：

血型： 臨床診斷： 體重： Kg

最近 CBC 報告：

RBC	x10 <sup>6</sup> /ul	Hb	g/dl	Platelet	x 10 <sup>3</sup> /ul
WBC	x10 <sup>3</sup> /ul	Ht	%		

## 二、捐血者資料：(患者之治療性分離術免填此項)

供血者已證實為合格人選

簽具捐贈/輸注同意書並送至血庫

姓名： 出生： 年 月 日 血型(ABO&Rh)：

體重： Kg 血壓： mmHg 脈搏： /min 體溫： °C

## 三、申請項目： 醫師簽章： \_\_\_\_\_

93016C Platelet Apheresis 分離術血小板

93017C WBC Apheresis 分離術白血球

58008C Plasma Exchange 血漿置換術

93008C 分離術白血球(一次，相當於從 3000 c.c.血液分離出白血球濃厚液) 向捐血中心、家屬或親友取血

94203B 造血幹細胞移植冷凍保存費，冷凍保存一個月內

94208B 造血幹細胞移植冷凍保存費，冷凍保存一至三個月

94209B 造血幹細胞移植冷凍保存費，冷凍保存三至六個月

94207B 自體週邊造血細胞移植，一次

94206B 異體週邊造血細胞移植，一次

批	
價	

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院