



陽明醫院  
輸血反應記錄單

備血單號： 序號： 列印時間： / /

輸血人： 病歷號碼： 性別：

領血時間： 醫檢師：

血庫檢驗：血型： S-I： S-II： S-III： 交叉試驗：

輸血開始時間：\_\_年\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分 以前有無輸血：無有、懷孕次數\_\_

輸血前-體溫\_\_\_\_\_ 心跳\_\_\_\_\_ 呼吸\_\_\_\_\_ 血壓\_\_\_\_\_

輸血後-體溫\_\_\_\_\_ 心跳\_\_\_\_\_ 呼吸\_\_\_\_\_ 血壓\_\_\_\_\_

輸血反應：無有

※有反應者須先停止輸血，且勾填下列項目，並依懷疑輸血反應流程處理

自第一袋血開始輸血至發生輸血反應的時間：\_\_時\_\_分

- ※1. 體溫上升超過 1°C 且  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  2. 冷顫 3. 黃疸 4. 輸血處變紅或痛 5. 胸痛 6. 噁心嘔吐 7. 全身痛 8. 昏迷  
9. 出血傾向 10. 尿量變少或無 11. 紫斑 12. 呼吸困難 13. 血色素尿 14. 頭痛 15. 背痛 16. 全身性蕁麻疹  
17. 臉部潮紅 18. 其他\_\_\_\_\_

領血人：

品名： 每單位 數量：

-- 血袋編號

輸血時間

開始\_\_：\_\_結束\_\_：\_\_ 輸血者：\_\_\_\_\_ 核對者：\_\_\_\_\_ 輸血反應\_\_\_\_\_

開始\_\_：\_\_結束\_\_：\_\_ 輸血者：\_\_\_\_\_ 核對者：\_\_\_\_\_ 輸血反應\_\_\_\_\_

開始\_\_：\_\_結束\_\_：\_\_ 輸血者：\_\_\_\_\_ 核對者：\_\_\_\_\_ 輸血反應\_\_\_\_\_

開始\_\_：\_\_結束\_\_：\_\_ 輸血者：\_\_\_\_\_ 核對者：\_\_\_\_\_ 輸血反應\_\_\_\_\_