

輸血検査依頼について（院内向け）

1. 輸血検査依頼方法

- ◎輸血検査は電子カルテにて検査の依頼をしてください。詳細な検査依頼方法は「病院情報システム(電子カルテ)操作マニュアル(項目別)」内の検体検査オーダー（※1）をご参照ください。
- ◎システム障害時の検査依頼方法については、下記「2. システム障害時の運用について」の項をご参照ください。

2. システム障害時の運用について

- ◎システム障害時の詳細な運用については「システム障害時運用マニュアル」（※1）をご参照ください。
- ◎システム障害時の輸血検査は、原則、**緊急輸血に伴う交差適合試験（検査項目：血液型検査、不規則抗体検査）、および輸血前保管検体のみの**受付となります。
- ◎システム障害時の検査依頼は用紙運用となります。
 - ・検査依頼：「輸血血液依頼用紙（システム障害時用）」に必要事項を記入のうえ、
輸血・細胞療法部に提出してください(FAX 可：5880)。
〈記入例：別紙参照〉
 - ・検体ラベル：バーコードラベルが発行できない場合に限り、「採血日」「患者氏名」「患者 ID」「診療科あるいは病棟」を記載した手書きラベル（下図参照）を採血管に貼付してください。

〈手書きラベル例〉

患者氏名：〇〇 〇〇〇	
ID：012-3456-7	
東△病棟	〇月△日

※1 病院情報システム端末のイントラネット画面より参照可能

<別紙「輸血血液依頼用紙」記入例>

↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑
FAX送信 内線:5880

輸血血液依頼用紙(システム障害時用)

患者ID : XXX-XXXX-X 氏名(カナ) : ○○○ ○○○ 氏名(漢字) : ○○ ○○ 生年月日 : XXXX 年 XX 月 XX 日	依頼医師		診療科	○○科
	○○ ○○		病棟	○○階
	PHS番号: XXXX			
	ABO血液型		RhD	不規則抗体
	A 型		⊕・-	なし
輸血目的		手術術式		
貧血				
輸血予定日	20XX年 XX月 XX日		血液型表示プレート	要・不要
輸血場所	手術部 / 病棟 / 外来	輸血同意書	未取得 取得済	取得日 XX年XX月XX日
移植歴: 無・有(年 月 日) 移植種類: ☐ 同種BMT ☐ 自己BMT ☐ 同種PBCST ☐ 自己PBSCT ☐ CBSCT ☐ 腎移植 ☐ 肝移植 ☐ 心移植 ☐ 肺移植 ☐ 小腸移植 ☐ 脾腎移植 ☐ 心肺移植 ☐ 脾臓移植 移植血液型: 同型・異型(Recipient血液型: Donor血液型:)				
製剤名称	依頼単位数	製剤コメント		
赤血球濃厚液(RBC)	2			
新鮮凍結血漿(FFP)				
濃厚血小板(PC)				
献血アルブミン(5%)				
献血アルブミン(25%)				
アルブミン(5%)				
アルブミン(25%)				
検査依頼項目 (検査材料: 全血)		☒ 血液型検査 ☒ 不規則抗体検査(ポリ5細桃、5mL) ☒ 輸血前検体保管(分離3モル、3mL)		検体数 ポリ5細桃: 1本 分離3モル: 1本
検査オーダーコメント	○○○○○		検体受領日時 年 月 日 時 分	
注意事項 1) 本用紙はコンピュータシステム障害時用です。 2) 必要事項を記入し直接輸血部へ持参するか、FAX(内:5880)にて送信後電話連絡してください。 3) 検査を伴う場合は検査依頼項目にチェックし、検体に手書きラベルを貼って提出してください。 4) 交差試験用検体は血液型と不規則抗体にチェックしてください。				

大阪大学医学部附属病院 輸血部 内線: 5881 当直PHS: 8230

2009/12/9作成
2015/3/30改訂
2021/11/08改訂

以上