

เครื่องหมายโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

ที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

หมายเลขสมาชิก.....

**ใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง**  
**ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย**

วันที่.....

ชนิดส่วนประกอบโลหิต หมู่โลหิต Rh positive	จำนวน (ยูนิต)			
	A	B	O	AB
PRC				
LPRC				
LDPRC				
SDR 2 units				
LDPPC				
PI LDPPC				
LSDP PAS-C				
PI LSDP PAS-C				
Pediatric Leukodepleted Platelet Concentrates (PLDPC)				
FFP				
LDFFP				
CRP				
Cryoprecipitate				
อื่น ๆ				

ลงชื่อ ..... ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หมายเหตุ** โปรดตรวจสอบความเรียบร้อยในใบขอใช้โลหิตให้ถูกต้องก่อนส่งไปยังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ฯ

ส่งใบขอใช้โลหิตที่ E-mail : [blood\\_distribution@redcross.or.th](mailto:blood_distribution@redcross.or.th) หรือที่โทรสารหมายเลข 0-2252-3606

ติดต่อฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 หรือ 0-2252-4106 ต่อ 1000, 1001

ชื่อโรงพยาบาล.....หมายเลขสมาชิก.....  
ที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์.....

**ใบขอใช้โลหิตเฉพาะราย**  
**ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย**

วันที่.....  
ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี ห้อง.....เลขที่ทั่วไป.....  
ป่วยเป็นโรค.....

หมู่โลหิต (BLOOD GROUP)       A       B       O       AB      Rh Positive

ต้องการส่วนประกอบโลหิตชนิด      จำนวน (ยูนิต)

- PACKED RED CELLS (PRC)      .....
- LEUKOCYTE-POOR PACKED RED CELLS (LPRC)      .....
- LEUKODEPLETED PACKED RED CELLS (LDPRC)      .....
- SINGLE DONOR RED CELLS (SDR)      .....
  
- LEUKODEPLETED POOL PLATELET CONCENTRATES (LDPPC)      .....
- PI LEUKODEPLETED POOL PLATELET CONCENTRATES (PI LDPPC)      .....
- LEUKODEPLETED PLATELETPHERESIS PAS-C (LSDP PAS-C)      .....
- PI PSORALEN-TREATED PLATELETPHERESIS PAS-C (PI LSDP PAS-C)      .....
- PEDIATRIC LEUKODEPLETED PLATELET CONCENTRATES (PLDPC)      .....
  
- FRESH FROZEN PLASMA (FFP)      .....
- LEUKODEPLETED FRESH FROZEN PLASMA (LDFFP)      .....
- CRYO-REMOVED PLASMA (CRP)      .....
- CRYOPRECIPITATE (CRYO)      .....
  
- อื่น ๆ.....

ลงชื่อ ..... ผู้เบิก  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**หมายเหตุ** โปรดตรวจสอบความเรียบร้อยในใบขอใช้โลหิตให้ถูกต้องก่อนส่งไปยังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ฯ  
ส่งใบขอใช้โลหิตที่ E-mail : [blood\\_distribution@redcross.or.th](mailto:blood_distribution@redcross.or.th) หรือที่โทรสารหมายเลข 0-2252-3606  
ติดต่อฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 หรือ 0-2252-4106 ต่อ 1000, 1001

## ใบขอเบิกโลหิตหมู่พิเศษ (Rh Negative)

วันที่.....

เรียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายจ่ายโลหิต และผลิตภัณฑ์

ข้อมูลโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล.....โทรศัพท์.....  
โทรสาร.....ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....

ข้อมูลผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
ป่วยเป็นโรค.....  
ขอเบิกโลหิตเพื่อ.....

รายละเอียดโลหิต ความแรงด่วน  ด่วนมาก  พอรอได้  
หมู่โลหิต Rh Negative  A  B  O  AB

ชนิดโลหิตที่ขอเบิก	จำนวนที่ขอเบิก
<input type="checkbox"/> PRC	..... หน่วย
<input type="checkbox"/> LPRC	..... หน่วย
<input type="checkbox"/> LDPRC	..... หน่วย
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....	..... หน่วย

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์/มือถือ.....

- หมายเหตุ 1. ส่งใบขอใช้โลหิตที่ โทรสารหมายเลข 0-2252-3606 หรือที่ E-mail : [blood\\_distribution@redcross.or.th](mailto:blood_distribution@redcross.or.th)
2. ติดต่อสอบถามที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 หรือ 0-2252-4106 ต่อ 1000, 1001
3. ศูนย์บริการโลหิตฯ ไม่รับประกันส่วนประกอบโลหิตทุกชนิดที่เบิกไปแล้ว ยกเว้นกรณีที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติการใช้บริการฯ
4. ศูนย์บริการโลหิตฯ จะเป็นศูนย์กลางประสานงานแจ้งให้โรงพยาบาลอื่นที่ต้องการใช้ทราบ หากท่านแจ้งข้อมูลเข้ามา

## ใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ สำหรับโรงพยาบาล

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 โทรศัพท์ หมายเลข ..... โทรสาร หมายเลข.....

ลำดับ	น้ำยาและผลิตภัณฑ์เซลล์	จำนวน เบิก (ขวด/ชุด)	ลำดับ	ผลิตภัณฑ์เซลล์ และผลิตภัณฑ์	จำนวน เบิก (ขวด/ชุด)
1	Anti-A (Murine MoAb) 10 mL		22	3% A cells, B cells (ABO reverse grouping) 10 mL	
2	Anti-B (Murine MoAb) 10 mL		23	3% O <sub>1</sub> cells, O <sub>2</sub> cells (Antibody Screening) 10 mL	
3	Anti-AB (Murine MoAb) 10 mL		24	3% O <sub>1</sub> cells, O <sub>2</sub> cells, O <sub>3</sub> cells (Antibody Screening) 10 mL	
4	Anti-A <sub>1</sub> (Murine MoAb) 10 mL		25	3% O cells Mi(a+), Di(a+), (Antibody Screening) 10 mL	
5	Anti-H (Murine MoAb) 10 mL		26	3% Panel cells (O <sub>1</sub> - O <sub>11</sub> ) (Antibody Identification) 10 mL	
6	Anti-M (Murine MoAb) 10 mL		27	3% Coombs Control Cells (For Antiglobulin test) 10 mL	
7	Anti-N (Murine MoAb) 10 mL		28	3% Rh Negative Cells (Control Cells for Rh typing) 10 mL	
8	Anti-Human Globulin (anti-IgG/anti-C3d) (Rabbit and Murine MoAb) 10 mL		29	3% Papainized screening cells (O <sub>1</sub> , O <sub>2</sub> ) (Antibody Screening) 10 mL	
9	AHG anti-IgG (Monospecific) Polyclonal antibody (Rabbit) 10 mL		30	3% Papainized screening cells (O <sub>1</sub> , O <sub>2</sub> , O <sub>3</sub> ) (Antibody Screening) 10 mL	
10	Anti-D (IgM/IgG) (Human MoAb) 10 mL		31	3% Papainized panel cells (O <sub>1</sub> - O <sub>11</sub> ) (Antibody Identification) 10 mL	
11	Anti-D (IgG) (Human MoAb) 10 mL		32	1% Stock Papain Solution (SPS) 2 mL	
12	Anti-E (Human MoAb) 5 mL		33	1% Stock Papain Solution (SPS) 6 mL	
13	Anti-e (Human MoAb) 5 mL		34	PBS pH 7.3 (400 mL)	
14	Anti-C (Human MoAb) 5 mL			<b>ถุงบรรจุโลหิตและน้ำยา</b>	
15	Anti-c (Human MoAb) 5 mL		35	Single Empty Bag 500 mL (ชุด)	
16	Anti-Mi <sup>a</sup> (Human MoAb) (IgM) 5 mL		36	Triple Empty Bag 500 mL (ชุด)	
17	Anti-P1 (Human MoAb) (IgM) 5 mL		37	4 % Sodium Citrate 500 mL (ถุง)	
18	Anti-Di <sup>a</sup> (Human MoAb) (IgM) 5 mL		38	Copper sulphate Solution 1.052 S.G. (450 mL)	
19	Anti-MUT (Human MoAb) (IgM) 5 mL		39	Copper sulphate Solution 1.053 S.G. (450 mL)	
20	LISS (Low-Ionic Strength Salt Solution) 10 mL			<b>ผลิตภัณฑ์โลหิต</b>	
21	Alsever Solution (For Red Blood Cells Suspension) 400 mL		40	Heat Treated Freeze Dried Cryoprecipitate (HTFDC) (200 IU/Bottle)	

ลงชื่อ..... ผู้เบิก (ตัวบรรจง)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ โปรดตรวจสอบความเรียบร้อยในใบขอใช้ให้ถูกต้องก่อนส่งไปยังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ฯ  
 ส่งใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ที่ โทรสารหมายเลข 0-2252-4028 หรือที่ E-mail : [blood\\_distribution@redcross.or.th](mailto:blood_distribution@redcross.or.th)  
 ติดต่อสอบถามที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 หรือ 0-2252-4106 ต่อ 1015

ใบข้อมูลการคืน FFP / CRP / Cryoprecipitate / Red Blood Cells ถูงแตก รั่ว

ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

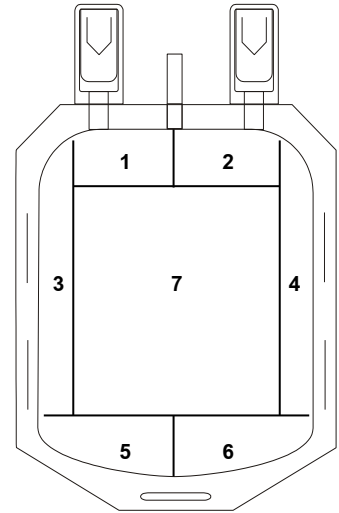
หมายเลขสมาชิก..... โทรศัพท์ หมายเลข.....

ข้อมูล ส่วนประกอบโลหิตที่แตก  FFP  CRP  Cryoprecipitate  Red Blood Cells

เบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติ

เบิกจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ลำดับที่	ชนิดส่วนประกอบโลหิต	Unit number	ตำแหน่งที่แตก



รวม.....ถุง

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....  
 .....  
 .....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน วันที่.....

- หมายเหตุ - พลาสมาแช่แข็ง ที่ขอคืน ต้องอยู่ในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือนนับจากวันที่จ่ายออก  
 - เม็ดเลือดแดง ที่ขอคืนต้องอยู่ในระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน นับจากวันที่จ่ายออก

ให้ส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมรูปถ่ายถุงที่แตก (ไม่ต้องส่งถุงจริง) มาที่ หน่วยจัดส่งโลหิตและผลิตภัณฑ์  
 ฝ้ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โทรสารหมายเลข 0-2252-8864  
 หรือที่ E-mail : blood\_delivery@redcross.or.th หรือที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ที่ท่านใช้บริการ

เลขที่รับ.....

## ใบขอคืนส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์

วันที่.....

ชื่อโรงพยาบาล.....รหัส.....

ขอคืน  ส่วนประกอบโลหิตชนิด.....Unit number..... หมูโลหิต.....

ผลิตภัณฑ์ชนิด.....Lot number.....

วันที่ผลิต.....วันที่หมดอายุ.....

เหตุผลที่ขอคืน.....

ลงชื่อ.....ผู้คืน

การตรวจสอบเบื้องต้น (โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์)

ไม่รับคืน เนื่องจาก.....

รับไว้เพื่อส่งตรวจสอบ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

ส่งฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต

วันที่.....

ตรวจพบข้อบกพร่อง

ตรวจไม่พบข้อบกพร่อง

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

ส่งฝ่ายเจาะเก็บโลหิต

วันที่.....

ตรวจพบข้อบกพร่อง

ตรวจไม่พบข้อบกพร่อง

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

ส่งฝ่ายผลิต.....

วันที่.....

เกิดจากข้อบกพร่องของการผลิต

ไม่ได้เกิดจากข้อบกพร่องของการผลิต

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

สรุป ให้ฝ่ายจ่ายโลหิตฯ ทำการ

รับคืน

ส่งคืนโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....

หัวหน้าฝ่าย / หน่วย ที่ทำการตรวจสอบ



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

National Blood Centre, Thai Red Cross Society

1871 ถ.อังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02-263-9600 ต่อ 1000,1413,1330

email: [blood\\_distribution@redcross.or.th](mailto:blood_distribution@redcross.or.th), [labbts@redcross.or.th](mailto:labbts@redcross.or.th), [hlanbc@redcross.or.th](mailto:hlanbc@redcross.or.th)

## แบบฟอร์มขอคืนโลหิตที่โรงพยาบาลตรวจสอบแล้วพบผล DAT Positive

เลขที่รับ.....

วันที่.....

ชื่อโรงพยาบาล..... รหัส.....

Unit number..... หมู่โลหิต.....

ชนิดของโลหิต  PRC  LPRC  LDPRC วันที่ผลิต..... วันที่หมดอายุ.....

DAT Result..... (แบบเอกสารผลการตรวจ DAT จากห้องปฏิบัติการ)

ลงชื่อ..... ผู้คืน

เจ้าหน้าที่ ร.พ.

การตรวจสอบเบื้องต้น (โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์)

ไม่รับคืน เนื่องจาก.....

รับไว้เพื่อส่งตรวจสอบ

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ

เจ้าหน้าที่ฝ่ายจ่ายโลหิตฯ

ผลการตรวจจากฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต

Segment No. ....

วิธีการตรวจ : Conventional Tube Test

Anti-Human Globulin: anti-IgG/anti-C3d

DAT Positive

DAT Weakly Positive

DAT Negative

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ/ผู้ทบทวน...../..... วันที่.....

สรุป ทำการรับคืนส่วนประกอบโลหิตและจำหน่ายทั้งโดย  ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์

ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

ลงชื่อ..... วันที่.....

หัวหน้าฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต