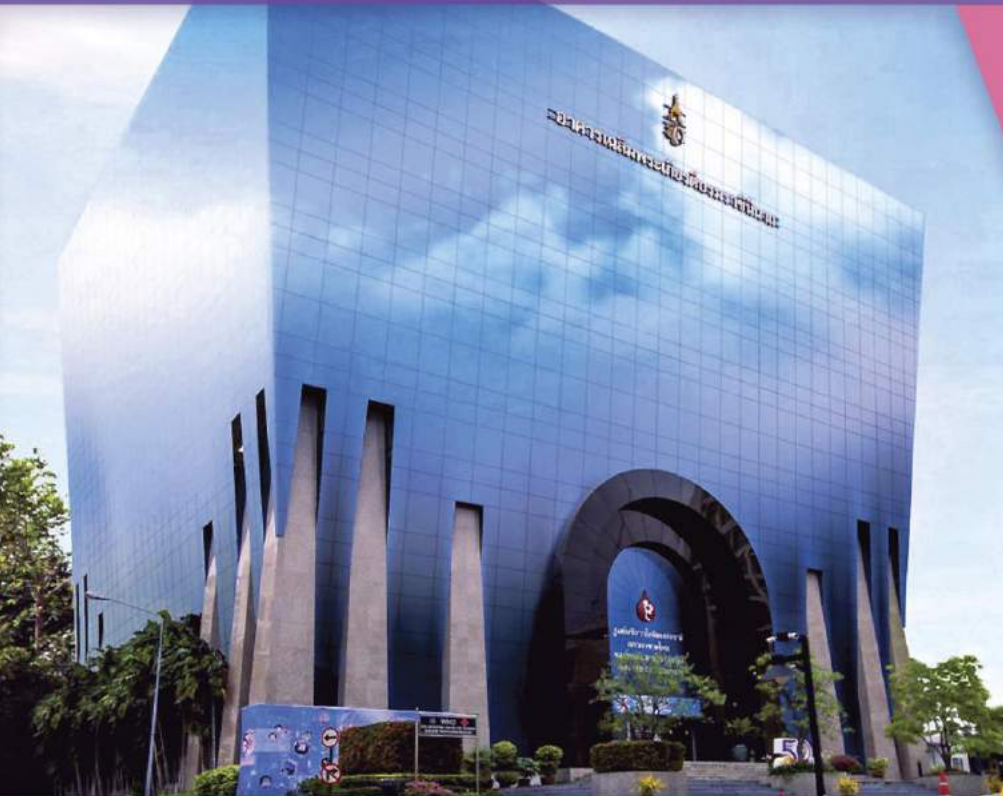




ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
สภากาชาดไทย

คู่มือการใช้บริการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ปี 2564

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2564



จัดทำโดย

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

คู่มือการใช้บริการ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ปี 2564

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99, 0-2252-4106-9

โทรสารหมายเลข 0-2255-5558

www.blooddonationthai.com

ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงพิมล เชี่ยวศิลป์ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดุจใจ ชัยวานิชศิริ เทคนิคการแพทย์หญิงภาวิณี คุปตวินทุ
บรรณาธิการ	เภสัชกร ดร.นรินทร์ กิจเกรียงไกรกุล
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสาวพรทิพย์ มูลแสง
กองบรรณาธิการ	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2564 (2nd edition, 2021)

ลิขสิทธิ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

หนังสือคู่มือการใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2564 นี้

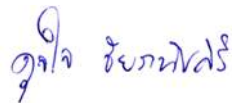
เป็นเอกสารไม่ควบคุม เมื่อพิมพ์ออกจากเว็บไซต์ หรือเป็น Uncontrolled when printed

Download ได้ที่ <https://blooddonationthai.com>

คำนำ

คู่มือการใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ฉบับนี้ ได้ครอบคลุมงานบริการทุกประเภทของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ตั้งแต่การรับบริจาคโลหิต บริการการตรวจคัดกรองคุณภาพโลหิตบริจาค การตรวจชนิดของเนื้อเยื่อ (HLA typing) เพื่อการคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมในการบริจาคอวัยวะและสเต็มเซลล์ การผลิตน้ำยาและเซลล์มาตรฐานในการตรวจทาง Red cell serology รวมทั้งการเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต ผลิตภัณฑ์โลหิตและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ซึ่งได้ผลิตเพิ่มขึ้นหลายชนิด ได้แก่ Pathogen inactivation plateletpheresis และ Platelet additive solution-C (PAS-C) เป็นต้น โดยอ้างอิงตามมาตรฐานคุณภาพงานบริการโลหิตระดับสากลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสาธารณสุขของประเทศ มีคำแนะนำเพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้ป่วยที่จะต้องรับโลหิต ทั้งนี้ หากมีข้อเสนอแนะโปรดแจ้งให้ทราบเพื่อจะได้นำไปปรับปรุงต่อไป

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “คู่มือการใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2564” จะเป็นประโยชน์กับทุกท่าน เพื่อการบริการโลหิตและคุณภาพงานด้านบริการโลหิตที่มีมาตรฐานในระดับประเทศและระดับสากล



(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดุจใจ ชัยวานิชศิริ)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

สารบัญ

หน้า

สถานที่ตั้งศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ.....	1
ขอบข่ายบริการของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ.....	1
1. การรับบริจาคโลหิต พลาสมา และเกล็ดเลือด.....	2
1.1 ณ ที่ทำการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ.....	2
1.2 หน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิต.....	3
1.3 ณ ที่ทำการ งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค.....	4
2. บริการสื่อประชาสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรมรณรงค์เพิ่มผู้บริจาคโลหิต.....	4
3. บริการตรวจคัดกรองคุณภาพโลหิตบริจาค.....	5
3.1 วิธีการทดสอบ.....	5
3.2 การส่งตรวจคัดกรองโลหิตบริจาค.....	6
3.3 รายละเอียดการส่งตัวอย่างโลหิตเพื่อตรวจ เฉพาะ HIV RNA/HCV RNA/HBV DNA หรือส่งตรวจเฉพาะ NAT (Nucleic acid testing).....	8
3.4 การเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ด.....	10
4. การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ.....	11
4.1 ขั้นตอนการเบิก-จ่ายโลหิตและส่วนประกอบโลหิต.....	11
4.2 ขั้นตอนการเบิก-จ่ายน้ำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์โลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ.....	13
4.3 การรับคืนและการเรียกคืนส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ.....	16
4.4 ขั้นตอนการเบิก-จ่าย ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน.....	17
5. การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ณ งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค.....	19
5.1 ขั้นตอนการเบิก-จ่ายโลหิตและส่วนประกอบโลหิต.....	19
6. บริการพิเศษ.....	22
6.1 ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน.....	22
6.2 งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง (Red Cell Reference Laboratory).....	22
6.3 งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด (HLA and Platelet Laboratory).....	29
6.4 งานบริการฝ่ายธนาคารเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต.....	38

สารบัญ

หน้า

7. การบริการวิชาการ อบรม ศึกษาดูงาน ฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ด้านบริการโลหิตและ เวชศาสตร์บริการโลหิต.....	40
8. การให้คำแนะนำ ปรึกษาด้านการบริการและวิชาการ (Advisory services).....	41
9. การส่งใบคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ.....	41
10. การสมัครเป็นสมาชิกผู้ให้บริการของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ.....	42
ภาคผนวก แบบฟอร์ม และใบรับรองต่าง ๆ.....	43
- เอกสารหมายเลข 1 แบบฟอร์มแจ้งการปฏิเสธ/ปรับปรุงสิ่งส่งตรวจ.....	44
- เอกสารหมายเลข 2 แบบฟอร์มส่งตรวจคัดกรองโลหิต.....	45
- เอกสารหมายเลข 3 ใบขอเบิกหลอดทดลองสำหรับเก็บตัวอย่างโลหิต.....	46
- เอกสารหมายเลข 4 ใบเบิกสติ๊กเกอร์บาร์โค้ดเบอร์โลหิต (ศูนย์ฯ).....	47
- เอกสารหมายเลข 5 ใบขอใช้โลหิตเฉพาะราย.....	48
- เอกสารหมายเลข 6 ใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง.....	49
- เอกสารหมายเลข 7 ใบขอเบิกโลหิตหมู่พิเศษ (Rh negative).....	50
- เอกสารหมายเลข 8 รายละเอียดของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเบิกผลิตภัณฑ์โลหิต.....	51
- เอกสารหมายเลข 9 ใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ สำหรับโรงพยาบาล.....	52
- เอกสารหมายเลข 10 ใบแจ้งการจัดส่งส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์.....	53
- เอกสารหมายเลข 11 ใบข้อมูลการคืน FFP / CRP / Cryoprecipitate.....	54
- เอกสารหมายเลข 12 ใบเบิก Aphaeresis products.....	55
- เอกสารหมายเลข 13 แบบฟอร์มส่งตรวจ Red cell serology.....	56
- เอกสารหมายเลข 14 ใบเบิกโลหิต กรณีส่งตรวจเลือดมีปัญหา งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง.....	57
- เอกสารหมายเลข 15 แบบฟอร์มแจ้งการส่งและตอบรับ specimens งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง.....	58
- เอกสารหมายเลข 15.1 แบบฟอร์มใบเบิกโลหิตหายาก งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง.....	59
- เอกสารหมายเลข 16.1 แบบฟอร์มปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง.....	60
- เอกสารหมายเลข 16.2 แบบฟอร์มส่งตรวจ HLA laboratory.....	61
- เอกสารหมายเลข 16.3 ใบจองส่งตรวจ HLA LAB for kidney and liver transplantation.....	62
- เอกสารหมายเลข 16.4 ใบส่งตรวจ HLA antibody.....	63
- เอกสารหมายเลข 16.5 แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ Transfusion-related acute lung injury (TRALI)	64

สารบัญ

	หน้า
- เอกสารหมายเลข 16.6 Stem cell processing request.....	65
- เอกสารหมายเลข 16.7 Flow cytometry laboratory request.....	66
- เอกสารหมายเลข 16.8 Unrelated stem cell donor search request.....	67
- เอกสารหมายเลข 17.1 แบบฟอร์มแจ้งการส่งสิ่งส่งตรวจ งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด.....	68
- เอกสารหมายเลข 17.2 ใบ Request สำหรับการตรวจ Platelet antibody.....	69
- เอกสารหมายเลข 18 Work flow การขอใช้ Platelet crossmatch.....	70
- เอกสารหมายเลข 19 แบบฟอร์มการส่ง Current serum และ PRA.....	71
- เอกสารหมายเลข 20 ใบรับคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะจากบุคคลภายนอก.....	72-73
- เอกสารหมายเลข 21 บันทึกข้อตกลงการสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ.....	74-75
- เอกสารหมายเลข 21.1 การสมัครสมาชิกของสถานพยาบาล.....	76
- เอกสารหมายเลข 21.2 วิธีการสมัครเป็นสมาชิกของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ.....	77
- เอกสารหมายเลข 21.3 การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ.....	78
- เอกสารหมายเลข 21.4.1-21.4.4 การบรรจุ และการเก็บรักษาโลหิตและส่วนประกอบโลหิต.....	79-82
- เอกสารหมายเลข 21.5 วิธีการชำระเงิน.....	83
- ใบรับรองระบบบริหารงานคุณภาพ ISO9001:2015.....	84-85
- ใบรับรองระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ISO15189:2012.....	86-87
- ใบรับรองระบบคุณภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ISO15190:2003.....	88-89

สถานที่ตั้ง ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-6900-99 โทรสารหมายเลข 0-2255-5558

ขอบข่ายบริการของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

1. รับบริจาคโลหิต ทั้งภายในและภายนอกสถานที่ ติดต่อประสานงานจัดหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่
2. ให้บริการสื่อประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนกิจกรรมงานบริการโลหิตของหน่วยงานต่าง ๆ
3. บริการตรวจคัดกรองคุณภาพโลหิตบริจาค ได้แก่ ABO grouping, Rh typing, Antibody screening ตรวจคัดกรอง Syphilis, HIV Ag/Ab, Anti-HCV, HBsAg และ NAT (HIV/HCV/HBV)
4. บริการการเก็บ-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต ผลิตภัณฑ์โลหิต น้ำยาตรวจหมู่โลหิต ถังบรรจุโลหิตและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ใช้ในงานบริการโลหิต
5. บริการอื่น ๆ ได้แก่ การฉายรังสีโลหิตและส่วนประกอบทุกชนิดที่เตรียมจากธนาคารเลือดของโรงพยาบาล การบริการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจยืนยันหมู่โลหิตระบบ ABO การตรวจกรณีหาสาเหตุ Transfusion reaction การตรวจแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดง การจัดหาโลหิตหมู่พิเศษ การตรวจ HLA เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะและเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การจัดหาเกล็ดเลือด การแช่แข็งเซลล์ และการตรวจเพื่อควบคุมคุณภาพของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เป็นต้น
6. บริการวิชาการ อบรม ศึกษาดูงาน ฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ด้านบริการโลหิตและเวชศาสตร์บริการโลหิต
7. การให้คำแนะนำด้านบริการและวิชาการ (Advisory services)

1. การรับบริจาคโลหิต พลาสมา และเกล็ดเลือด

1.1 ณ ที่ทำการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ

เลขที่ 1871 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

- **รับบริจาคโลหิต** ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ (ยกเว้นวันที่ 1 มกราคม)
 - วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ไม่พักกลางวัน) ตั้งแต่ 07.30-19.30 น.
 - วันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ (ไม่พักกลางวัน) ตั้งแต่ 08.30-15.30 น.สอบถามรายละเอียดได้ที่ โทรศัพท์หมายเลข 0-2256-4300, 0-2252-1637, 0-2252-6116 และ 0-2263-9600-99 ต่อ 1770, 1771
- **รับบริจาคพลาสมาและเกล็ดเลือด** ชั้น 1 ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1143, 1144 และ สายตรง 0-2250-0563
- **การรับบริจาคพลาสมา** เจาะเก็บพลาสมาจากผู้บริจาคด้วยเครื่องปั่นแยกส่วนประกอบโลหิตอัตโนมัติ ซึ่งควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ใช้เวลาในการบริจาคประมาณ 30-45 นาที สามารถบริจาคได้ทุก 14 วัน บริจาคครั้งละ 500 มิลลิลิตร
 - วันจันทร์ พุธ ศุกร์ ตั้งแต่ 08.30-16.30 น.
(รับผู้บริจาคพลาสมาท่านสุดท้าย เวลา 15.30 น.)
 - วันอังคาร พฤหัสบดี ตั้งแต่ 07.30-19.30 น.
(รับผู้บริจาคพลาสมาท่านสุดท้าย เวลา 18.00 น.)
 - วันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่ 08.30-12.30 น.
(รับผู้บริจาคพลาสมาท่านสุดท้าย เวลา 12.00 น.)
- **การรับบริจาคเกล็ดเลือด** เจาะเก็บเกล็ดเลือดจากผู้บริจาคด้วยเครื่องปั่นแยกส่วนประกอบโลหิตอัตโนมัติ ซึ่งควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ระยะเวลาในการบริจาคเกล็ดเลือด ประมาณ 1.30-2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องมือ ซึ่งเป็นการรับบริจาคตามคำร้องขอจากโรงพยาบาลเท่านั้น
 - วันจันทร์ พุธ ศุกร์ ตั้งแต่ 08.30-16.30 น.
(รับผู้บริจาคเกล็ดเลือดท่านสุดท้าย เวลา 15.00 น.)
 - วันอังคาร พฤหัสบดี ตั้งแต่ 07.30-19.30 น.
(รับผู้บริจาคเกล็ดเลือดท่านสุดท้าย เวลา 17.00 น.)
 - วันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่ 08.30-12.30 น.
(รับผู้บริจาคเกล็ดเลือดท่านสุดท้าย เวลา 11.30 น.)

1.2 หน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จัดหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ปฏิบัติงานรับบริจาคในหน่วยงานต่าง ๆ

ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

- ตรวจสอบข้อมูลหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ประจำวันที่
 - ❖ www.blooddonationthai.com
 - ❖ Application : Give blood
 - ❖ Fanpage : ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
 - ❖ Facebook : ชมรมผู้ประสานงานจัดหาโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
- ประสานงานขอหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ หรือ นัดหมายบริจาคโลหิตเป็นหมู่คณะที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

สถานที่ติดต่อ : งานจัดหาผู้บริจาคโลหิต ฝ่ายจัดหาผู้บริจาคโลหิตและสื่อสารองค์กร

โทรศัพท์หมายเลข 0-2252-1637, 0-2263-9600-99 ต่อ 1770, 1771

โทรสารหมายเลข 0-2252-1601

Email : drunit.nbc@redcross.or.th

สาขาบริการโลหิตแห่งชาติ

- สาขาบริการโลหิตแห่งชาติในกรุงเทพมหานคร รับบริจาคโลหิตในวันเวลาราชการ ดังนี้
 - โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โทร. 0-2475-2924
 - สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า โทร. 0-2354-7579
 - โรงพยาบาลตำรวจ โทร. 0-2253-8829
 - โรงพยาบาลรามธิบดี โทร. 0-2201-1219 ต่อ 202
 - โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โทร. 0-2534-7838
 - คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โทร. 0-2244-3126
- สาขาบริการโลหิตแห่งชาติ เหล่ากาชาดจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

1.3 ณ ที่ทำการ งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค

เลขที่ 605 ถนนเพชรเกษม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

➤ รับบริจาคโลหิต พลาสมา และเกล็ดโลหิต ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

(ยกเว้นวันที่ 1 มกราคม)

- วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ไม่พักกลางวัน) ตั้งแต่ 8:30 – 19.30 น.
- วันเสาร์ – วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ (ไม่พักกลางวัน) ตั้งแต่ 8:30 – 15.30 น.

สอบถามรายละเอียดได้ที่ โทรศัพท์หมายเลข 0-2409-5614

● การรับบริจาคพลาสมา เจาะเก็บพลาสมาจากผู้บริจาคด้วยเครื่องปั่นแยกส่วนประกอบโลหิตอัตโนมัติ ซึ่งควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ใช้เวลาในการบริจาคประมาณ 30-45 นาที สามารถบริจาคได้ทุก 14 วัน บริจาคครั้งละ 500 มิลลิลิตร

- วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่ 8:30 – 19.30 น.
(รับผู้บริจาคพลาสมาท่านสุดท้าย เวลา 15:30 น.)
- วันเสาร์ – วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่ 8:30 – 15.30 น.
(รับผู้บริจาคพลาสมาท่านสุดท้าย เวลา 14:30 น.)

● การรับบริจาคเกล็ดโลหิต เจาะเก็บเกล็ดโลหิตจากผู้บริจาคด้วยเครื่องปั่นแยกส่วนประกอบโลหิตอัตโนมัติ ซึ่งควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ระยะเวลาในการบริจาคเกล็ดโลหิต ประมาณ 1.30 – 2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องมือ

- วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่ 8:30 – 19.30 น.
(รับผู้บริจาคเกล็ดโลหิตท่านสุดท้าย เวลา 15:00 น.)
- วันเสาร์ – วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่ 8:30 – 15.30 น.
(รับผู้บริจาคเกล็ดโลหิตท่านสุดท้าย เวลา 14:00 น.)

2. บริการสื่อประชาสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรมรณรงค์เพิ่มผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต ในรูปแบบของสิ่งพิมพ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ แผ่นนวก และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น สปอตวิทยุ สปอตโทรทัศน์ วิทยุทัศน์ความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ฯลฯ นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำในการจัดกิจกรรมรณรงค์เพิ่ม ผู้บริจาคโลหิตเพื่อสนับสนุนการรับบริจาคโลหิตในหน่วยงานต่าง ๆ

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายจัดหาผู้บริจาคโลหิตและสื่อสารองค์กร

โทรศัพท์หมายเลข 0-2255-4567, 0-2263-9600-99 ต่อ 1660, 1661, 1752, 1753

3. บริการตรวจคัดกรองคุณภาพโลหิตบริจาค

3.1 วิธีการทดสอบ

วิธีที่ใช้ได้ผ่านการประเมินว่าสามารถใช้ทดสอบได้ผลดี และทุกวิธีทดสอบที่เลือกใช้ได้ผ่านการตรวจพิสูจน์ความถูกต้อง (validation) ก่อนการนำมาใช้จริง รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบได้รับการสอบเทียบ (calibration) การทดสอบความสัมพันธ์ (correlation) ในระหว่างเครื่องมือที่ตรวจการทดสอบชนิดเดียวกัน ว่าได้ผลถูกต้องตรงกัน ทั้งนี้ห้องปฏิบัติการของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ และภาคบริการโลหิตแห่งชาติ มีทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรที่มีความสามารถเพียงพอต่อการดำเนินการทดสอบต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตรวจวิเคราะห์และระยะเวลาการรายงานผล

รายการตรวจ	หลักการทดสอบ	ตัวอย่างส่งตรวจ	ปริมาณตัวอย่าง	ระยะเวลา Turnaround time (TAT)
Blood grouping <ul style="list-style-type: none">● ABO grouping● Rh typing	Agglutination by automated blood grouping machine	CPDA-1 blood	6 mL	24 ชั่วโมง
Antibody screening <ul style="list-style-type: none">● Indirect antiglobulin test	Column agglutination test (CAT)	Clotted blood	6 mL	24 ชั่วโมง
Transfusion transmitted infection by serological testing <ul style="list-style-type: none">● HBsAg● Anti-HCV● HIV Ag/Ab● Syphilis	Chemiluminescent microparticle immunoassay	Clotted blood	6 mL	24 ชั่วโมง
Nucleic acid testing (NAT) HBV DNA, HCV RNA, HIV RNA	Multiplex real time PCR (Individual test)	EDTA blood	6 mL	24 ชั่วโมง

กรณีส่งตรวจไม่เป็นไปตามที่ระบบคุณภาพกำหนด ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ได้ปฏิเสธส่งตรวจนั้น ๆ แต่มีความจำเป็นต้องทำการตรวจวิเคราะห์ เช่น ใช้โลหิตในการผ่าตัดด่วน เป็นต้น ผู้ร้องขอให้ตรวจจะต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรลงนามเป็นหลักฐาน หรือกรณีเร่งด่วนไม่สามารถดำเนินการเป็นลายลักษณ์อักษรได้ ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิตจะบันทึกการร้องขอให้ตรวจในรูปแบบฟอร์มติดต่อบุคคลภายนอกไว้เป็นหลักฐาน และบันทึกในใบรายงานผลว่า ส่งตรวจ

ดังกล่าวไม่ได้คุณภาพตามที่กำหนด ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิตไม่ขอรับรองผลการตรวจหมายเลขโลหิตนั้น ๆ ตลอดจนผลกระทบใดที่เกิดจากการนำผลการตรวจไปใช้

3.2 การส่งตรวจคัดกรองโลหิตบริจาค

1. สาขาบริการโลหิตแห่งชาติหรือโรงพยาบาลที่มีความประสงค์จะส่งตรวจคัดกรองโลหิต ในขั้นต้นต้องทำหนังสือขออนุมัติการส่งตรวจคัดกรองโลหิตถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ล่วงหน้าอย่างน้อย 45 วัน เพื่อใช้ในขั้นตอนการดำเนินการ เช่น การตรวจสอบข้อมูล นำเข้าระบบการเงินการจัดทำและทดสอบบาร์โค้ด เป็นต้น

2. เวลารับตัวอย่างโลหิตเพื่อตรวจคัดกรองคุณภาพ

- เวลาราชการ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30 - 18.00 น.

- วันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 12.00 - 17.30 น.

ยกเว้นวันที่ 31 ธันวาคม และ 1 มกราคม

หมายเหตุ กรณีที่ส่งหลังเวลาที่ระบุจะนำไปตรวจในวันถัดไป

3. การจัดส่งตัวอย่างโลหิต โรงพยาบาลจัดส่งที่ห้องปฏิบัติการ ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99, 0-2252-4106-9 ต่อ 1411, 1412

โทรสารหมายเลข 0-2251-7265

Email : labbts@redcross.or.th

4. แบบฟอร์มส่งตรวจคัดกรองโลหิต ชนิดและจำนวนตัวอย่างโลหิต

4.1 แบบฟอร์มส่งตรวจคัดกรองโลหิต (Blood testing request form) (เอกสารหมายเลข 2) กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มให้ชัดเจนครบถ้วน

4.2 ใบสมัครหรือประวัติผู้บริจาคโลหิต

4.3 หลอดตัวอย่างโลหิต (หลอดพลาสติกขนาด 13x100 mm) จำนวน 4 หลอด

- Clotted blood จำนวน 2 หลอด

- CPD/CPDA1 จำนวน 1 หลอด

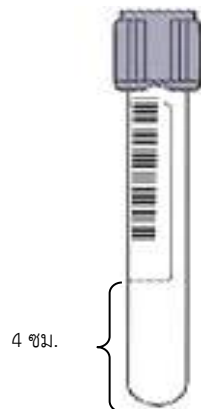
- หลอด EDTA blood จำนวน 1 หลอด

4.4 สายปล้องของถุงโลหิตยาวประมาณ 15 ซม. โดยติดบาร์โค้ดที่สายปล้องและมัดให้เรียบร้อย

5. ข้อปฏิบัติในการส่งตัวอย่างโลหิต

ลักษณะของหลอดตัวอย่างโลหิต มีวิธีการติดบาร์โค้ด ชนิดหลอดและปริมาตรการเก็บตัวอย่างโลหิต ดังนี้

- วิธีการติดบาร์โค้ดหลอดทั้ง 3 ชนิด ติดในแนวตั้งห่างจากกันหลอดประมาณ 4 ซม. ไม่ติดเอียงหรือไม่บิดเป็นเกลียว และให้ running number อยู่ที่ด้านปลายหลอด และรหัสโรงพยาบาลหันไปทางกันหลอด
- หลอด clotted blood เป็นหลอดขนาด 13x100 mm ที่ไม่มีน้ำยากันการแข็งตัวของโลหิต เก็บตัวอย่างโลหิตอย่างน้อย 6 mL ปิดจุกและกลับหลอดไปมาประมาณ 8-10 ครั้ง เพื่อให้โลหิตแข็งตัวเร็วขึ้น



- หลอด CPD/CPDA1 เป็นหลอดขนาด 13x100 mm ที่มีน้ำยากันโลหิตแข็งตัว (CPD/CPDA1) เก็บตัวอย่างโลหิตอย่างน้อย 6 mL ปิดจุกและกลับหลอดไปมา ประมาณ 8-10 ครั้ง เพื่อป้องกันโลหิตแข็งตัว
- หลอด EDTA blood (ใช้สำหรับ ตรวจ NAT) เป็นหลอดขนาด 13x100 mm ที่มีน้ำยากันโลหิตแข็งตัว ชนิด EDTA ห้ามใช้ Heparin เก็บตัวอย่างโลหิตอย่างน้อย 6 mL ปิดจุกและกลับหลอดไปมาประมาณ 8-10 ครั้ง
- หลอดตัวอย่างโลหิตต้องมี Hemolysis ไม่เกิน 2⁺ หรือระดับฮีโมโกลบินไม่เกิน 2 กรัมต่อลิตร ถ้าเกินจากนี้ต้องปฏิเสธตัวอย่างโลหิตเนื่องจากมีสารรบกวนต่อการตรวจอาจทำให้ผลการตรวจไม่แน่นอน
- ตัวอย่างโลหิตจะต้องมีปริมาตรอย่างน้อย 6 mL โดยบรรจุหลอดตัวอย่างในกล่องที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส หรือกล่องโฟมใส่น้ำแข็งปิดฝากล่อง (ต้องไม่ให้โลหิตสัมผัสกับน้ำแข็งโดยตรง)
- ทั้งนี้ห้องปฏิบัติการจะไม่ทำการทดสอบตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และจะมีบันทึกแจ้งการปฏิเสธ/ปรับปรุงสิ่งส่งตรวจ (เอกสารหมายเลข 1)
- หากต้องการขอเบิกหลอดตัวอย่างโลหิต ติดต่อได้ที่ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต หรือติดต่อผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติ (เอกสารหมายเลข 3) โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

- โรงพยาบาลต้องส่งใบเบิกหลอดตัวอย่างโลหิตมายังฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต เพื่อตรวจสอบยอดการเบิก ก่อนวันที่ 25 ของทุกเดือน และโรงพยาบาลต้องเบิกสำหรับสต็อกใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
- ให้โรงพยาบาลนำใบเบิกดังกล่าวมาขอรับหลอดที่ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ซึ่งจะทำการแจกจ่ายหลอด ตั้งแต่วันที่ 1-25 ของเดือน

6. การรายงานผล

- การรายงานผลทางโทรสาร หรือ ทาง Email : labbts@redcross.or.th หรือมารับผลด้วยตนเองที่ ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต เมื่อได้รับผลการตรวจแล้ว ผู้รับบริการเซ็นชื่อรับผล หรือ ตอบกลับ Email ทุก ครั้ง ทั้งนี้ภายใน 3 วัน หากโรงพยาบาลไม่มีการตอบรับ ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิตจะติดต่อกลับเพื่อ ยืนยันการได้รับผลการตรวจ
- รายงานผลการตรวจยืนยันภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับตัวอย่างโลหิต
 - ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นในการขอผลการตรวจแบบเร่งด่วน ให้โรงพยาบาลระบุใบส่งตรวจ ขอผลด่วน ที่สุด (< 24 ชั่วโมง) พร้อมแนบบันทึกชี้แจงเหตุผลการขอผลด่วนในแต่ละครั้ง
- ผู้รับรายงานผลการตรวจ ต้องเป็นหัวหน้าห้องปฏิบัติการ หัวหน้าธนาคารเลือด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นลายลักษณ์อักษร

3.3 รายละเอียดการส่งตัวอย่างโลหิตเพื่อตรวจ เฉพาะ HIV RNA / HCV RNA / HBV DNA หรือ ส่งตรวจเฉพาะ NAT (Nucleic acid testing)

1. วิธีการทดสอบ

NAT เทคนิค Real time PCR (Polymerase chain reaction) / TMA (Transcription mediated amplification) แบบตัวอย่างเดี่ยว (Individual)

2. การส่งตรวจคัดกรองโลหิตบริจาคเพื่อตรวจ NAT

สาขาบริการโลหิตแห่งชาติ หรือโรงพยาบาลที่มีความประสงค์จะส่งตรวจ NAT ครั้งแรก ให้ทำหนังสือขอส่ง ตรวจถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ล่วงหน้าอย่างน้อย 45 วัน เพื่อใช้ในขั้นตอนการดำเนินการ เช่น การ ตรวจสอบข้อมูล นำเข้าระบบการเงิน การจัดทำและทดสอบบาร์โค้ด เป็นต้น

3. เวลารับตัวอย่างโลหิตเพื่อตรวจ NAT

- วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.30-19.30 น.
 - วันเสาร์ – วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 13.00-19.30 น.
- ยกเว้นวันที่ 31 ธันวาคม และ 1 มกราคม

4. สถานที่ติดต่อ : ส่งตัวอย่างโลหิตพร้อมกรอกแบบฟอร์มส่งตรวจคัดกรองโลหิตที่
ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ
ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์หมายเลข 0-2252-4106-9, 0-2263-9600-99 ต่อ 1350, 1340
โทรสารหมายเลข 0-2251-7265, 0-2255-7152
Email : nbcnat@gmail.com

5. ตัวอย่างโลหิต

- 5.1 วิธีที่ดีที่สุดในการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ NAT คือการเก็บภายใต้ระบบปิดโดยใช้ถุงชนิด Diversion pouch หากไม่มี Diversion pouch ให้เก็บตัวอย่างโลหิตจากสายปล้อง (Tubing) ลงในหลอดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ NAT เสียก่อน จากนั้นจึงเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจ NAT เป็นลำดับสุดท้าย ลงในหลอด EDTA ใช้ปริมาตรโลหิตอย่างน้อย 6 mL ในหลอด Sterile ขนาด 13x100 mm จำนวน 1 หลอด พร้อมติดบาร์โค้ดซีบ่งหลอดตัวอย่าง
- 5.2 นำส่งหลอดตัวอย่างโลหิต EDTA blood มายังงานตรวจโรคติดเชื้อทางโลหิตวิธีอณูชีววิทยา ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยบรรจุในกล่องที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส หรือกล่องโฟมใส่น้ำแข็งปิดฝากล่อง (ต้องไม่ให้โลหิตสัมผัสกับน้ำแข็งโดยตรง) บนฝากล่องจะต้องระบุ ส่งตรวจ NAT ให้ชัดเจน และห้ามนำสิ่งของต่าง ๆ ใส่ปะปนมากับตัวอย่างโลหิตเด็ดขาด
- 5.3 การส่งตรวจ NAT ควรจัดส่งหลอด EDTA blood ภายใน 3 วันหลังการเจาะเก็บ โดยควบคุมอุณหภูมิในการเก็บตลอดการขนส่ง 2-8 องศาเซลเซียส ในกรณีที่ไม่สามารถจัดส่งได้ภายใน 3 วันหลังการเจาะเก็บ ให้ดูดแยกพลาสมาออกจากเม็ดเลือดแดง หลังจากปั่นด้วยความเร็ว 1800-2200 g เป็นเวลา 10-15 นาที ทั้งนี้ต้องเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ตลอดเวลาและส่งได้ไม่เกิน 12 วันหลังการเจาะเก็บ
- 5.4 ในกรณีที่ผลตรวจ NAT เป็น reactive จะพบข้อความ ขอส่วนประกอบโลหิต FFP เพื่อทำการตรวจ Repeat ให้ผู้รับบริการส่ง FFP จัดเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส มายัง งานตรวจโรคติดเชื้อทางโลหิตวิธีอณูชีววิทยา ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต หากไม่มี FFP อนุโลมให้ส่งชนิด Whole blood แทนได้

6. การรายงานผลการทดสอบ

ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต รายงานผลการตรวจยืนยันทาง Email ให้โรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับตัวอย่าง

3.4 การเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ด

สำหรับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ให้กรอกแบบฟอร์มใบเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ดเบอร์โลหิต (ศูนย์ฯ) (เอกสารหมายเลข 4) และโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ให้กรอกแบบฟอร์มใบเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ดเบอร์โลหิต (ภาคฯ)

- โรงพยาบาล แจ้งข้อมูลการเบิกในใบเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ดเบอร์โลหิต ส่งให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติหรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ก่อนวันที่ 5 ของทุกเดือน โดยระบุหมายเลขเริ่มต้น และหมายเลขสิ้นสุด จำนวนดวงต่อเบอร์โลหิต จำนวนดวงที่ต้องการเบิก และส่งตรวจที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติหรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติหรือไม่ ในแบบฟอร์มให้ชัดเจน
- ในการเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ด โรงพยาบาลควรตรวจสอบ stock สต็อกเกอร์บาร์โค้ดที่เหลือให้เพียงพอ สำหรับการใช้งานประมาณ 2 เดือนเป็นอย่างน้อย ก่อนส่งใบเบิกให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติหรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ เนื่องจากสต็อกเกอร์บาร์โค้ดต้องใช้ระยะเวลาผลิตเป็นรอบในแต่ละเดือน
- กรณีส่งตรวจคุณภาพโลหิต (Serology test) ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติหรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จะให้บาร์โค้ด 10 ดวงต่อเบอร์โลหิต โดยไม่คิดมูลค่า
- กรณีส่งตรวจคุณภาพโลหิต (Serology test) และตรวจ NAT ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จะให้บาร์โค้ด 12 ดวงต่อเบอร์โลหิต โดยไม่คิดมูลค่า
- กรณีส่งตรวจ NAT ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จะให้บาร์โค้ด 2 ดวงต่อเบอร์โลหิต โดยไม่คิดมูลค่า

หากโรงพยาบาลเบิกบาร์โค้ดเกินจากนี้ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจะคิดราคาค่าบาร์โค้ดในส่วนที่เกินดวงละ 50 สตางค์ และหากโรงพยาบาลขอเบิกบาร์โค้ดโดยที่ไม่ได้ส่งตรวจโลหิตที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติหรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจะคิดราคาค่าบาร์โค้ดดวงละ 50 สตางค์

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1877, 1835

โทรสารหมายเลข 0-2255-4214

Email : it.nbc@redcross.or.th

4. การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

- โลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่ขอเบิก จะต้องนำไปใช้กับผู้ป่วย
- กรอกข้อความที่ต้องการขอใช้โลหิตลงในแบบฟอร์มใบขอใช้โลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ใบขอใช้โลหิตเฉพาะราย (เอกสารหมายเลข 5) หรือใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง (เอกสารหมายเลข 6) หรือใบขอเบิกโลหิตหมู่พิเศษ Rh negative (เอกสารหมายเลข 7)
 - ควรเบิกโลหิต ส่วนประกอบโลหิต ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ยกเว้นในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน
 - ในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ให้ติดต่อประสานงานขอใช้โลหิต ไปยังภาคบริการโลหิตแห่งชาติในเขตพื้นที่ก่อน แล้วภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จะประสานงานมายังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อดำเนินการต่อไป
 - ในกรณีที่ได้ตกลงกันไว้ก่อนหรือในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินหรือเป็นโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติหรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ อาจจัดส่งโลหิตไปให้

4.1 ขั้นตอนการเบิก-จ่ายโลหิตแบบนัดหมาย (เวลามารับ)

1. กรอกข้อความให้ชัดเจนลงในแบบฟอร์มใบขอใช้โลหิตฯ ใบขอใช้โลหิตเฉพาะราย (เอกสารหมายเลข 5) หรือใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง (เอกสารหมายเลข 6) พร้อมหมายเลขสมาชิกของโรงพยาบาล แล้วส่งโทรสาร หรือ Email มายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โดยยังไม่ต้องส่งรรับโลหิตเข้ามาวางใบเบิก จองคิวและรอรับโลหิต
2. โทรศัพท์สอบถามลำดับที่ (คิว) และเวลาเข้ามารับโลหิตในแต่ละวันของท่านได้ตั้งแต่วันที่ 08.30 น. เป็นต้นไป
3. ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ จะทำการจ่ายโลหิต เริ่มตั้งแต่วันที่ 08.30 น. ตามลำดับที่ก่อน-หลังที่ได้รับเอกสารและจัดเก็บส่วนประกอบโลหิตรอไว้ โดยให้โรงพยาบาลเดินทางเข้ามารับ เริ่มเข้ามารับได้ตั้งแต่วันที่ 13.00 น. เป็นต้นไป ตามรอบและคิวของโรงพยาบาลที่ได้ในแต่ละวัน ดังนี้

รอบที่ 1 ลำดับคิวที่ 1 – 20	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ 13.00 น. – 13.30 น.
รอบที่ 2 ลำดับคิวที่ 21 – 40	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ 13.30 น. – 14.00 น.
รอบที่ 3 ลำดับคิวที่ 41 – 60	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ 14.30 น. – 15.00 น.
รอบที่ 4 ลำดับคิวที่ 61 – 80	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ 15.30 น. – 16.00 น.
รอบที่ 5 ลำดับคิวที่ 81 – 100	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ 16.00 น. – 16.30 น.
รอบที่ 6 ลำดับคิวที่ 101 – 120	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ 16.30 น. – 17.00 น.
รอบที่ 7 ลำดับคิวที่ 121 – 140	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ 17.00 น. – 17.30 น.
รอบที่ 8 ลำดับคิวที่ 141 เป็นต้นไป	เข้ามารับโลหิตได้หลังเวลา 17.30 น.

ยกเว้น กรณีเร่งด่วนฉุกเฉินที่ได้ประสานงานกันไว้แล้วจะดำเนินการให้ทันทีที่มาถึง

4. ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ จะยึดถือข้อมูลที่บันทึกไว้ในใบขอเบิกโลหิตที่ได้รับตามข้อ 1. เป็นสำคัญในการดำเนินการ หากต้องการปรับแก้ไขข้อมูลการเบิกหรือขอยกเลิกรายการในใบเบิก ต้องโทรศัพท์แจ้งให้ทราบล่วงหน้าก่อนเวลา 12.00 น. เพื่อทำการแก้ไขหลังจากได้บันทึกข้อมูลการจ่ายและจัดเก็บส่วนประกอบโลหิตไว้แล้ว

5. โรงพยาบาลสามารถขอเบิกส่วนประกอบโลหิตเพิ่มเติม หากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอยู่ระหว่างการเดินทางหรือมาถึงแล้วหรือขอจองส่วนประกอบโลหิตล่วงหน้าได้ เพื่อที่จะจ่ายให้เพิ่มเติมหรือจัดสรรส่วนประกอบโลหิตที่ต้องการไว้ให้ โดยกรอกข้อความให้ชัดเจนลงในแบบฟอร์มขอใช้โลหิตฯ ใบขอใช้โลหิตเฉพาะราย (เอกสารหมายเลข 5) หรือใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง (เอกสารหมายเลข 6) แล้วส่งโทรสาร หรือ Email มายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ พร้อมกับโทรศัพท์แจ้งให้ทราบ

6. ในการมารับส่วนประกอบโลหิต โรงพยาบาลต้องนำใบขอใช้โลหิตตัวจริง ภาชนะบรรจุและวัสดุให้ความเย็นที่เพียงพอเหมาะสมตามประเภทของส่วนประกอบโลหิต ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เกล็ดเลือด และพลาสมาแช่แข็ง เพื่อรักษาอุณหภูมิและคุณภาพของส่วนประกอบโลหิตให้ได้ตามมาตรฐานในระหว่างการเคลื่อนย้ายขนส่งและเพื่อความสะดวกรวดเร็วให้แจ้งชื่อโรงพยาบาล ลำดับคิวที่ได้ในวันนั้นเมื่อมาถึงตามรอบเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ 3.

7. การใช้โทรศัพท์ โรงพยาบาลสามารถใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสอบถามข้อมูลของส่วนประกอบโลหิต หรือข้อมูลการเบิก-จ่ายได้ตลอดเวลา แต่รับจองเฉพาะส่วนประกอบโลหิตประเภทเกล็ดเลือด (PLDPC, LPPC, LDPPC) และ Single donor platelet ที่มีสำรองพร้อมจ่ายที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์เท่านั้น

8. กรณีที่ต้องการนำส่วนประกอบโลหิตไปดำเนินการต่อ เช่น ฉายรังสี ให้เข้ามารับเพื่อไปดำเนินการเอง

9. การขอใช้โลหิตหมู่พิเศษ Rh negative ให้กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบถ้วนลงในแบบฟอร์มใบขอเบิกโลหิตหมู่พิเศษ Rh negative (เอกสารหมายเลข 7) แล้วส่งโทรสาร หรือ Email มายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์แล้วโทรศัพท์สอบถามภายหลังที่ส่งใบขอมาแล้ว และเมื่อโรงพยาบาลได้รับโลหิตไปแล้ว ไม่ได้ใช้รักษาผู้ป่วย ทางศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะไม่รับคืนและไม่รับไว้เพื่อฝากจ่ายต่อ แต่จะเป็นศูนย์กลางประสานงานแจ้งให้โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ต้องการใช้ทราบ หากโรงพยาบาลของท่านแจ้งข้อมูลเข้ามา

หมายเหตุ: ในกรณีที่โรงพยาบาลต้องการยกเลิกการใช้ส่วนประกอบโลหิตที่จองไว้ ขอให้โทรศัพท์ หรือโทรสารแจ้งมายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์เพื่อจะได้จัดสรรให้กับโรงพยาบาลอื่นที่ต้องการต่อไป

10. การเบิก Single donor platelet และ Single donor red cells (Rh negative) โรงพยาบาลสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ที่มีไว้สำรองพร้อมจ่ายประจำวันได้ตลอดเวลา

การติดต่อขอเบิกโลหิต ส่วนประกอบโลหิตที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

1. ทางโทรสารหมายเลข 0-2252-3606 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. Email : blood_distribution@redcross.or.th ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
3. ทางโทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99, 0-2252-4106-9 ต่อ 1000, 1001 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
4. โรงพยาบาลมาเบิก-รับโลหิตได้ที่ ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ชั้น G อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ
5. สำหรับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ให้เบิกผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาล แล้วภาคบริการโลหิตแห่งชาติจะประสานงานมายังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป

วันและเวลาทำการ ให้บริการจ่ายโลหิตทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่เว้นวันหยุดราชการ

(เริ่มจ่ายเวลา 8.30 น. เป็นต้นไป) ยกเว้น หยุดวันที่ 1 มกราคมของทุกปี

4.2 ขั้นตอนการเบิก-จ่ายน้ำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์โลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

1. กรณีโรงพยาบาลขอใช้บริการเป็นครั้งแรก

1.1 ให้โรงพยาบาลกรอกแบบฟอร์มรายละเอียดของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ในการเบิกผลิตภัณฑ์โลหิต (เอกสารหมายเลข 8) ให้ครบถ้วนแล้วส่งมาที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ โทรสารหมายเลข 0-2252-4028 หรือที่ Email : blood_distribution@redcross.or.th เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการจัดส่ง (เฉพาะโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค) โดยส่งเพียงครั้งเดียว หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

1.2 เมื่อโรงพยาบาลต้องการเบิกน้ำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์โลหิตและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ให้กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาล (เอกสารหมายเลข 9) หรือทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ โดยระบุชนิดและจำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ

2. กรณีโรงพยาบาลที่เคยใช้บริการแล้ว

2.1 หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการจัดส่งให้กรอกข้อมูลใหม่ลงในแบบฟอร์มรายละเอียดของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเบิกผลิตภัณฑ์โลหิต (เอกสารหมายเลข 8) ให้ครบถ้วนแล้วส่งมายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ที่โทรสารหมายเลข 0-2252-4028 หรือที่ Email : blood_distribution@redcross.or.th เพื่อทำการแก้ไขให้เป็นปัจจุบันโดยส่งเพียงครั้งเดียว หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

2.2 เมื่อโรงพยาบาลต้องการเบิกน้ำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์โลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ให้กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาล (เอกสารหมายเลข 9) หรือทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ โดยระบุชนิดและจำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ

3. โรงพยาบาล ส่งโทรสาร หรือ Email ไปขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ตามข้อ 1.2 หรือ 2.2 มายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โดยยังไม่ต้องส่งรถเข้ามาวางใบเบิก จองคิวและรอรับน้ำยาและผลิตภัณฑ์

4. โทรศัพท์สอบถามลำดับที่ (คิว) และเวลาเข้ามารับน้ำยาฯ ของท่านได้ตั้งแต่เวลา 08.30 น. เป็นต้นไป

5. ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ จะทำการจ่ายน้ำยาฯ เริ่มตั้งแต่เวลา 08.30 น. ตามลำดับก่อน-หลัง ที่ได้รับเอกสารใบขอใช้และจัดเก็บรอไว้ให้โรงพยาบาลเดินทางเข้ามารับ โดยเริ่มเข้ามารับได้ตั้งแต่เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป ตามรอบและคิวของโรงพยาบาลที่ได้ในแต่ละวัน ดังนี้

รอบที่ 1	ลำดับคิวที่ 1 – 20	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 13.00 น. – 13.30 น.
รอบที่ 2	ลำดับคิวที่ 21 – 40	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 13.30 น. – 14.00 น.
รอบที่ 3	ลำดับคิวที่ 41 – 60	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 14.30 น. – 15.00 น.
รอบที่ 4	ลำดับคิวที่ 61 – 80	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 15.30 น. – 16.00 น.
รอบที่ 5	ลำดับคิวที่ 81 – 100	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 16.00 น. – 16.30 น.
รอบที่ 6	ลำดับคิวที่ 101 – 120	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 16.30 น. – 17.00 น.
รอบที่ 7	ลำดับคิวที่ 121 – 140	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 17.00 น. – 17.30 น.
รอบที่ 8	ลำดับคิวที่ 141 เป็นต้นไป	เข้ามารับโลหิตได้หลังเวลา 17.30 น.

6. ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ จะยึดถือข้อมูลที่บันทึกไว้ในใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับตามข้อ 3. เป็นสำคัญในการดำเนินการ หากต้องการปรับ แก้ไขข้อมูลการเบิกหรือขอยกเลิกรายการในใบเบิก ต้องโทรศัพท์/โทรสารแจ้งให้ทราบล่วงหน้าก่อนเวลา 12.00 น. เพื่อทำการแก้ไขหลังจากได้บันทึกข้อมูลการจ่ายและจัดเก็บน้ำยาฯ ไว้แล้ว

7. โรงพยาบาลสามารถขอเบิกน้ำยาและผลิตภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาล เพิ่มเติมหรือขอจองล่วงหน้าได้ โดยกรอกข้อความให้ชัดเจนลงในแบบฟอร์มใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาล (เอกสารหมายเลข 9) แล้ว ส่งโทรสาร หรือ Email มายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ พร้อมกับโทรศัพท์แจ้งให้ทราบ

8. ในการมารับน้ำยาฯ โรงพยาบาลต้องนำใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ตัวจริง ภาชนะบรรจุและวัสดุให้ความเย็นที่เพียงพอเหมาะสม เพื่อรักษาอุณหภูมิและคุณภาพของน้ำยาฯ ให้ได้ตามมาตรฐานในระหว่างการเคลื่อนย้ายขนส่งและเพื่อความสะดวกรวดเร็ว ให้แจ้งชื่อโรงพยาบาลและลำดับคิวที่ได้ในวันนั้นเมื่อมาถึงตามรอบเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ 5.

8.1 กรณีชำระด้วยเงินสดให้นำใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว มาติดต่อกับห้องจ่ายน้ำยาฯ แล้วไปชำระเงินที่ห้องการเงินชั้น G และนำใบเสร็จรับเงินมาแสดงเพื่อรับสินค้าที่ห้องจ่ายน้ำยาฯ ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์

8.2 กรณีชำระด้วยเงินเชื่อ ให้ใช้แบบฟอร์มใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ส่งโทรสารหมายเลข 0-2252-4028 หรือ Email ล่วงหน้ามายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

- กรณีโรงพยาบาลเข้ามารับเอง : ให้มารับสินค้าได้ที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ชั้น G อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ

- กรณีโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจัดส่งให้ : เมื่อได้รับใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลแล้ว จะดำเนินการจัดส่งสินค้าไปให้โรงพยาบาลต่อไปตามข้อมูลการจัดส่งที่โรงพยาบาลให้ไว้ ณ ปัจจุบัน ตามแบบฟอร์มรายละเอียดของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเบิกผลิตภัณฑ์โลหิต (เอกสารหมายเลข 8)

หมายเหตุ 1. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะจัดส่งโลหิต ส่วนประกอบโลหิต น้ำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์โลหิตและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ให้เฉพาะโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ยกเว้นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

2. กรณีที่ไม่สามารถจัดส่งให้ด้วยเส้นทางขนส่ง และ/หรือบริษัทขนส่งเดิมตามที่ให้ไว้ได้ เนื่องจากบริษัทขนส่งหยุดให้บริการในช่วงเทศกาล วันหยุดต่อเนื่อง หรือไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่ได้ เช่น น้ำท่วม ขอให้โรงพยาบาลระบุข้อมูลของเส้นทางขนส่งอื่น พร้อมทั้งชื่อ-นามสกุล และหมายเลขโทรศัพท์มือถือของผู้รับผิดชอบรับสินค้าที่ติดต่อโดยตรงลงในใบขอใช้โลหิตและใบขอเบิกใช้น้ำยาฯ ทุกครั้ง

9. เมื่อโรงพยาบาลได้รับส่วนประกอบโลหิต และ/หรือน้ำยาฯ ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จัดส่งไปให้เรียบร้อยแล้ว ให้เจ้าหน้าที่กรอกข้อมูลรายการแบบตอบรับลงในแบบฟอร์มใบแจ้งการจัดส่งส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์ (เอกสารหมายเลข 10) แล้วส่งกลับมายัง

หน่วยจัดส่งโลหิตและผลิตภัณฑ์ : ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ถนนที่
โทรสารหมายเลข 0-2252-8864 หรือที่
Email : blood_distribution@redcross.or.th หรือที่
Line ID : 063-4749542

เพื่อยืนยันว่าได้รับสินค้าเรียบร้อยแล้ว ไม่มีตกค้าง สูญหาย และเพื่อรวบรวมข้อมูลนำไปพัฒนาปรับปรุงการให้บริการให้ดียิ่งขึ้นโดยสามารถติดต่อประสานงานการจัดส่งสินค้าได้ที่หน่วยจัดส่งโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1004 ทุกวันตั้งแต่เวลา 08.30-19.00 น.

10. เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการเบิก-จ่ายน้ำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ขอให้โรงพยาบาลส่งแบบฟอร์มใบขอใช้น้ำยาฯ ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว มายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ได้ล่วงหน้า ดังนี้

10.1 สำหรับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่ต้องจัดส่งให้ ตั้งแต่วันที่ 1-7 ของทุกเดือน

10.2 สำหรับโรงพยาบาลที่เข้ามารับที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 8-13 ของทุกเดือน

การติดต่อขอเบิกนำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์โลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

1. ทางโทรสารหมายเลข 0-2252-4028 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. Email : blood_distribution@redcross.or.th ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
3. ทางโทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ,0-2252-4106-9 ต่อ 1015 ตั้งแต่เวลา 08.30-19.30 น.
4. โรงพยาบาลมาเบิก-รับนำยาตรวจหมู่โลหิตฯ ได้ที่ห้องจ่ายน้ำยาฯ ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ชั้น G
5. สำหรับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ให้เบิกผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาล แล้วภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จะประสานงานมายังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป

วันและเวลาทำการ : ให้บริการจ่ายนำยาตรวจหมู่โลหิตและผลิตภัณฑ์ ในวันทำการตั้งแต่เวลา 08.30-19.30 น.

ยกเว้น วันหยุดราชการ และวันที่ 1 มกราคมของทุกปี

4.3 การรับคืนและการเรียกคืนส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะไม่รับคืนและไม่รับฝากไว้เพื่อจ่ายต่อส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์ทุกชนิดที่โรงพยาบาลเบิกไปแล้ว ยกเว้นกรณีดังต่อไปนี้

1. การคืนส่วนประกอบโลหิตประเภทพลาสมาแช่แข็ง ได้แก่ FFP, LDFFP, CRP และ Cryoprecipitate ที่พบว่า ถูงแตก/รั่ว มีก้อนไฟบรินขนาดใหญ่ สีของพลาสมาขาวขุ่น หรือเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ตรงตามข้อกำหนดซึ่งสาเหตุเกิดจากผู้ผลิต และระยะเวลาไม่น้อยเกิน 3 เดือนโดยนับจากวันที่จ่ายออก โดยกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม ใบข้อมูลการคืน FFP/CRP/Cryoprecipitate (เอกสารหมายเลข 11)

2. การคืนส่วนประกอบโลหิตประเภทเม็ดเลือดแดง ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะรับคืนกรณี ดังนี้

- ที่ให้ผล Direct antiglobulin test (DAT) เป็น Positive
- พบโลหิตจับตัวเป็นก้อนภายในถุง
- มีการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง (Hemolysis) ระยะเวลาไม่น้อยเกิน 15 วันโดยนับจากวันที่จ่ายออก
- สาเหตุอื่น ๆ ที่เกิดจากผู้ผลิต

3. การคืนนำยาตรวจหมู่โลหิต เซลล์มาตรฐาน ผลิตภัณฑ์โลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะรับคืนกรณี ดังนี้

- เป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ตรงตามข้อกำหนด ที่สาเหตุเกิดจากผู้ผลิต
- แตก รั่ว เสียหายจากการขนส่งโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจัดส่งให้

4. การคืนค่าใช้จ่าย กรณีที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้รับคืนส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์จากโรงพยาบาลแล้ว ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ดำเนินการ ดังนี้

- กรณีรับคืนสินค้า ภายในเดือนเดียวกับที่จ่ายให้กับโรงพยาบาล โดยที่ยังไม่ได้ออกใบแจ้งหนี้ประจำเดือน จะตัดค่าใช้จ่ายตามรายการสินค้าและจำนวนที่รับคืนออกจากระบบ ซึ่งไม่เกิดหนี้ในใบแจ้งหนี้ประจำเดือนนั้น

- กรณีรับคืนสินค้าในเดือนต่อ ๆ มาภายหลังจากที่ได้ออกใบแจ้งหนี้ประจำเดือนให้โรงพยาบาลไปแล้ว จะหักคืนค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล (ลดหนี้) ตามรายการสินค้าและจำนวนที่รับคืน ในใบแจ้งหนี้ประจำเดือนปัจจุบันที่ได้ทำการรับคืนสินค้า

5. การขอเรียกคืนส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ (Recall)

- กรณีที่โรงพยาบาลได้รับรายงานความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากส่วนประกอบโลหิตที่เบี่ยงจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ โรงพยาบาลต้องนำส่วนประกอบโลหิตที่มีความเสี่ยงนั้นส่งกลับคืนศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ พร้อมกับใบรายงานการขอเรียกคืนส่วนประกอบโลหิต

- กรณีที่ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และ/หรือเกิดความเสียหายจากผู้ผลิตหรือการขนส่งที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เช่น น้ำยาตรวจหามูลโลหิต ถุงบรรจุโลหิต ผลิตภัณฑ์โลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจะดำเนินการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ดังกล่าวผ่านฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ หรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ และจะจัดส่งผลิตภัณฑ์รุ่นการผลิตใหม่ไปให้ทดแทน

4.4 ขั้นตอนการเบิก-จ่าย ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน

1. การเบิก Single donor platelets (SDP), Single donor red cells (SDR), Single donor granulocyte (SDG) หรือ Single donor fresh frozen plasma (donor retest plasma), Single donor platelet with PAS-C, psoralen-treated plateletpheresis (PI plateletpheresis) ต้องสั่งจองล่วงหน้า 2 วัน โดยโรงพยาบาลแจ้งความต้องการได้ที่ ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1144, 1143 สายตรง 0-2250-0563 พร้อมแจ้งรายละเอียดดังนี้ ชื่อโรงพยาบาล ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย โรค หมูโลหิต ชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ จำนวนที่ขอสั่งจอง ชื่อผู้ประสานงาน

2. ส่งใบจองผลิตภัณฑ์ แบบฟอร์มใบเบิก Apheresis products, Hemapheresis Department (เอกสารหมายเลข 12) เป็นลายลักษณ์อักษรหลังการโทรศัพท์หมายเลขสั่งจอง ทางโทรสารหมายเลข 0-2250-0563 หรือส่งใบจองด้วยตัวเอง ทั้งนี้ โปรดระบุข้อมูลในแบบฟอร์มใบจองโลหิตให้ครบถ้วน และแจ้งชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ขอและบริการที่ต้องการเพิ่มเติม เช่น การฉายรังสี, HLA match platelets กรณีเป็นโรงพยาบาลต่างจังหวัดให้ระบุในใบจองว่าจะให้จัดส่งที่โรงพยาบาลหรือจัดส่งที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ และวิธีการขนส่งที่สะดวกที่สุดสำหรับทั้ง 2 ฝ่าย

3. การติดต่อขอรับผลิตภัณฑ์ โรงพยาบาลสามารถรับผลิตภัณฑ์โลหิตที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ชั้น G อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ เวลาประมาณ 19.00 น. ของวันถัดไป

กรณีขอเกล็ดเลือดชนิด Psoralen-treated plateletpheresis (PI) ติดต่อบริการผลิตภัณฑ์เวลาประมาณ 14.00 น. ของวันถัดไป

4. ในกรณีที่ได้รับผลิตภัณฑ์โลหิตไม่ครบตามที่สั่งจอง ให้ติดต่อฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน พร้อมกับส่งใบจองผลิตภัณฑ์โลหิตใหม่ในวันรุ่งขึ้น

5. ในกรณีให้นำผลิตภัณฑ์โลหิตมารับบริการฉายรังสี ให้โรงพยาบาลนำผลิตภัณฑ์มาติดต่อบริการฉายรังสีที่ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ พร้อมรับใบแจ้งค่าใช้จ่ายไปชำระเงินที่ห้องการเงิน ชั้น G อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ จากนั้นรับส่วนประกอบโลหิตที่ฉายรังสี พร้อมแสดงใบเสร็จรับเงินกับเจ้าหน้าที่

6. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ขอสงวนสิทธิ์ในการขอยกเลิกการสั่งจองผลิตภัณฑ์ ในกรณีที่ไม่สามารถหาโรงพยาบาลอื่นรับผลิตภัณฑ์แทนได้

เวลาทำการ ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน

วันจันทร์ พุธ ศุกร์	เวลา	08.30 - 16.30 น.
วันอังคาร พฤหัสบดี	เวลา	07.30 - 19.30 น.
วันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์	เวลา	08.30 - 12.30 น.

วิธีการชำระเงิน

1. ทุกสิ้นเดือน ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะรวบรวมจำนวนโลหิต ส่วนประกอบโลหิต นำยาตรวจหมู่โลหิต และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลขอเบิกจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อทำใบแจ้งหนี้ให้โรงพยาบาลทราบและชำระเงินให้แก่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับใบแจ้งหนี้ กรณีที่โรงพยาบาลค้างชำระหนี้ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปโดยโรงพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งเตือนการค้างชำระแล้ว หากโรงพยาบาลยังไม่ดำเนินการชำระหนี้ที่ค้างในเวลาดังกล่าว ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจะพิจารณาการให้บริการกับโรงพยาบาลใหม่หรือยกเลิกการให้บริการด้วยเงินเชื่อกับโรงพยาบาลต่อไป

2. ส่งจ่ายเช็คเชียร์เช็คธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร ในนาม “ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย” โดยค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ให้ส่งหลักฐานการชำระเงินและแนบสำเนาใบแจ้งหนี้ส่งมาที่ โทรสารหมายเลข 0-2255-4212 หรือ Email : accounting_nbc@redcross.or.th

5. การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

ณ งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค

- โลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่ขอเบิก จะต้องนำไปใช้กับผู้ป่วย
- กรอกข้อความ การขอใช้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต ลงในแบบฟอร์มใบขอใช้โลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ในใบขอใช้โลหิตเฉพาะ (เอกสารหมายเลข 5) หรือใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง (เอกสารหมายเลข 6)
 - ควรเบิกโลหิตและส่วนประกอบโลหิต ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ยกเว้นในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน
 - ในการเบิกโลหิต ส่วนประกอบโลหิต โรงพยาบาลต้องมีภาชนะบรรจุที่เพียงพอเหมาะสม สะอาด และวัสดุให้ความเย็นที่เพียงพอเหมาะสมตามประเภทของส่วนประกอบโลหิต เพื่อรักษาคุณภาพของโลหิตและส่วนประกอบโลหิต ระหว่างการเคลื่อนย้ายขนส่ง
 - โรงพยาบาลต้องนำใบขอใช้โลหิตตัวจริง และภาชนะบรรจุวัสดุให้ความเย็น มาเบิก-รับโลหิตและผลิตภัณฑ์ ที่งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค ชั้น 1
 - ในกรณีที่ เป็นโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ให้ติดต่อประสานงานขอใช้โลหิต ส่วนประกอบไปยังภาคบริการโลหิตแห่งชาติในเขตพื้นที่ก่อน แล้วภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จะประสานงานมายังงานรับบริจาคโลหิตและพลาสมาสถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค เพื่อดำเนินการต่อไป

5.1 ขั้นตอนการเบิก-จ่ายโลหิต และส่วนประกอบโลหิต

1. กรอกข้อความให้ชัดเจนลงในแบบฟอร์มใบขอใช้โลหิตเฉพาะราย (เอกสารหมายเลข 5) หรือใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง (เอกสารหมายเลข 6) พร้อมหมายเลขสมาชิกของโรงพยาบาล ในใบขอใช้โลหิต แล้วส่งโทรสาร หรือ Email (ทางใดทางหนึ่ง) มายังหน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ โดยไม่ต้องส่งรรับโลหิตเข้ามาวางใบเบิก จองคิวและรอรับโลหิต
2. ตรวจสอบ Email หรือโทรศัพท์สอบถามลำดับที่ (คิว) และเวลาเข้ามารับโลหิตในแต่ละวันของท่านได้ตั้งแต่วันที่ เวลา 08:30 น.
3. หน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ ทำการจ่ายโลหิตเริ่มตั้งแต่เวลา 08:30 น. ตามลำดับที่ก่อน-หลังที่ได้รับเอกสาร และจัดเก็บส่วนประกอบโลหิตรอไว้ และให้โรงพยาบาลเดินทางเข้ามารับได้ตั้งแต่วันที่ เวลา 09:30 น. เป็นต้นไป ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และตั้งแต่วันที่ เวลา 10:00 น. เป็นต้นไป ในวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตามรอบและคิวของโรงพยาบาลที่ได้ในแต่ละวัน ดังนี้

รอบที่ 1 ลำดับคิวที่ 1 – 5	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ เวลา 09.30 น. – 09.45 น.
รอบที่ 2 ลำดับคิวที่ 6 – 10	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ เวลา 09.45 น. – 10.00 น.
รอบที่ 3 ลำดับคิวที่ 11 – 15	เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ เวลา 10.00 น. – 10.15 น.

- รอบที่ 4 ลำดับคิวที่ 16 – 20 เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 10.15 น. – 10.30 น.
- รอบที่ 5 ลำดับคิวที่ 21 – 25 เข้ามารับโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 10.30 น. – 11.00 น.
- รอบที่ 6 ลำดับคิวที่ 26 เป็นต้นไป เข้ามารับโลหิตได้หลังเวลา 11.00 น.

ยกเว้น กรณีเร่งด่วนฉุกเฉินที่ได้ประสานงานกันไว้แล้วจะดำเนินการให้ทันทีที่มาถึง

4. หน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ จะยึดถือข้อมูลที่บันทึกไว้ในใบขอเบิกโลหิตที่ได้รับตามข้อ 1. เป็นสำคัญหากต้องการแก้ไขข้อมูลการเบิกหรือขอยกเลิกรายการในใบเบิก ต้องโทรศัพท์แจ้งให้ทราบล่วงหน้า ก่อนเวลา 09:00 น. เพื่อแก้ไขหลังจากได้บันทึกข้อมูลการจ่ายและจัดเก็บส่วนประกอบโลหิตไว้แล้ว

5. โรงพยาบาลสามารถขอเบิกส่วนประกอบโลหิตเพิ่มเติม หากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอยู่ระหว่างการเดินทางหรือมาถึงแล้วหรือขอจองส่วนประกอบโลหิตล่วงหน้าได้ เพื่อที่จะจ่ายให้เพิ่มเติมหรือจัดสรรส่วนประกอบโลหิตที่ต้องการไว้ให้ โดยกรอกข้อความให้ชัดเจนลงในแบบฟอร์มขอใช้โลหิตฯ (เอกสารหมายเลข 5, 6) แล้วส่งโทรสาร หรือ Email มายังหน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ พร้อมกับโทรศัพท์แจ้งให้ทราบ

6. ในการมารับส่วนประกอบโลหิต โรงพยาบาลต้องนำใบขอใช้โลหิตตัวจริง ภาชนะบรรจุและวัสดุให้ความเย็นที่เพียงพอเหมาะสมตามประเภทของส่วนประกอบโลหิต ได้แก่ เม็ดโลหิตแดง เกล็ดโลหิต และพลาสมาแช่แข็ง เพื่อรักษาอุณหภูมิและคุณภาพของส่วนประกอบโลหิตให้ได้ตามมาตรฐานในระหว่างการเคลื่อนย้ายขนส่งและเพื่อความสะอาดรวดเร็วให้แจ้งชื่อโรงพยาบาลและลำดับคิวที่ได้ในวันนั้นเมื่อมาถึงตามรอบเวลาที่กำหนดไว้ในข้อ 3.

7. การใช้โทรศัพท์ โรงพยาบาลสามารถใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสอบถามข้อมูลของส่วนประกอบโลหิต หรือข้อมูลการเบิก-จ่ายได้ตลอดเวลา แต่รับจองเฉพาะส่วนประกอบโลหิตประเภทเกล็ดโลหิต (LPPC-PAS และ Single donor platelet) เท่านั้น

8. **การขอใช้โลหิตหมู่พิเศษ Rh negative** ให้กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบถ้วนลงในแบบฟอร์มใบเบิกโลหิตหมู่พิเศษ Rh negative (เอกสารหมายเลข 7) แล้วส่งโทรสาร หรือ Email มายังหน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ แล้วโทรศัพท์สอบถามภายหลังที่ส่งใบขอมาแล้ว และเมื่อโรงพยาบาลได้รับโลหิตไปแล้ว ไม่ได้ใช้รักษาผู้ป่วย ทางงานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา **จะไม่รับคืนและไม่รับไว้เพื่อฝากจ่ายต่อ** แต่จะเป็นศูนย์กลางประสานงานแจ้งให้โรงพยาบาล อื่น ๆ ที่ต้องการใช้ทราบ หากโรงพยาบาลของท่านแจ้งข้อมูลเข้ามา

หมายเหตุ : ในกรณีที่โรงพยาบาล ต้องการยกเลิกการใช้ส่วนประกอบโลหิตที่จองไว้ ขอให้โทรศัพท์ หรือ โทรสาร แจ้งมายังหน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ เพื่อจะได้จัดสรรให้กับโรงพยาบาลอื่นที่ต้องการต่อไป

9. **การเบิก Single donor platelet** โรงพยาบาลสามารถติดต่อสอบถามได้ที่หน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ หรือทำการจองโดยกรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบถ้วนลงในแบบฟอร์มใบเบิก Apheresis products, Hemapheresis Department (เอกสารหมายเลข 12) แล้วส่งโทรสาร หรือ Email มายังหน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ แล้วโทรศัพท์สอบถามภายหลังที่ส่งใบขอมาแล้ว

การติดต่อขอเบิกโลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่หน่วยห้องจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์

1. ทางโทรสารหมายเลข 0-2409-5614 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. Email : bk11.distribution@redcross.or.th ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
3. ทางโทรศัพท์หมายเลข 0-2409-5614 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
4. โรงพยาบาลเข้ามารับโลหิตที่หน่วยห้องจ่ายโลหิตฯ ชั้น 1 งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11

วิเศษนิยม บางแค

วันและเวลาทำการ

ให้บริการจ่ายโลหิตทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่เว้นวันหยุดราชการ (เริ่มส่งมอบโลหิตได้ตั้งแต่เวลา 09:30 น. เป็นต้นไป ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และตั้งแต่เวลา 10:00 น. เป็นต้นไป ในวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์) หยุดวันที่ 1 มกราคมของทุกปี

การรับคืนส่วนประกอบโลหิต

งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค มีแนวทางในการรับคืนส่วนประกอบโลหิต เช่นเดียวกันกับแนวปฏิบัติกรให้บริการของฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

วิธีการชำระเงิน

1. ทุกสิ้นเดือน งานรับบริจาคโลหิตและพลาสมา สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม บางแค จะรวบรวมจำนวนโลหิตส่วนประกอบโลหิตที่โรงพยาบาลขอเบิกจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อทำใบแจ้งหนี้ให้โรงพยาบาลทราบและชำระเงินให้กับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับใบแจ้งหนี้ กรณีที่โรงพยาบาลค้างชำระหนี้ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปโดยโรงพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งเตือนการค้างชำระแล้ว หากโรงพยาบาลยังไม่ดำเนินการชำระหนี้ที่ค้างในเวลาดังกล่าว ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจะพิจารณาการให้บริการกับโรงพยาบาลใหม่หรือยกเลิกการให้บริการด้วยเงินเชื่อกับโรงพยาบาลต่อไป

2. ส่งจ่ายเช็คเชิรธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร หรือไปรษณีย์ธนาณัติ ส่งจ่าย ปณ.จุฬาลงกรณ์ 10332 ในนาม “ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย” โดยค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ขอให้แนบสำเนาใบแจ้งหนี้มาด้วยทุกครั้ง

ผลิตภัณฑ์ที่มีให้บริการมีดังนี้

1. Packed red cells (PRC)
2. Leukocyte poor packed red cells (LPRC)
3. Pooled leukocyte poor platelet concentrates with PAS (LPPC with PAS)
4. Single donor platelet with PAS (SDP with PAS)
5. Fresh frozen plasma (FFP)
6. Cryoprecipitate

6. บริการพิเศษ

6.1 ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน

1. การบริการฉายรังสีโลหิตและส่วนประกอบโลหิต ทุกชนิดที่เตรียมมาจากธนาคารเลือดโรงพยาบาล
2. การบริการเก็บ Peripheral blood stem cells

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1143, 1144 สายตรง 0-2250-0563

เวลาทำการ : วันจันทร์ ศุกร์ ตั้งแต่ 08.30-16.30 น.

วันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่ 08.30-12.30 น.

6.2 งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง (Red Cell Reference Laboratory)

ปริมาณสิ่งส่งตรวจ Red cell serology WSP 212/001 (เอกสารหมายเลข 13) แต่ละการทดสอบมีเกณฑ์ดังนี้

1. **Confirm ABO grouping**

สิ่งส่งตรวจ: EDTA/ACD อย่างน้อย 12 mL

- กรณีต้องตรวจสอบเพิ่มเติมโดยใช้เทคนิค Adsorption-elution และ/หรือตรวจสอบ ABH substance ในน้ำลาย

สิ่งส่งตรวจ: น้ำลายที่ผ่านการต้ม อย่างน้อย 10 นาที และปั่นตกตะกอน 3,000 rpm 10 นาที ดูดส่วนใสอย่างน้อย 1mL ส่งตรวจภายใน 24 ชั่วโมง (กรณีไม่สามารถส่งตรวจได้ภายใน 24 ชั่วโมง ให้ทำการเก็บสิ่งส่งตรวจไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส)

2. **Confirm Rh (D antigen)**

สิ่งส่งตรวจ: EDTA/ACD อย่างน้อย 3 mL

3. Type antigen ทุกระบบ

สิ่งส่งตรวจ: EDTA/ACD อย่างน้อย 3 mL

4. การตรวจ Prenatal study (รวมตรวจ Antibody screening และ Identification, ทดสอบ Titer กรณีพบ Atypical antibody ชนิด IgG)

สิ่งส่งตรวจ: EDTA/ACD อย่างน้อย 12 mL

5. Direct antihuman globulin test

สิ่งส่งตรวจ: EDTA/ACD อย่างน้อย 3 mL

6. Indirect antihuman globulin test (Antibody screening และ Identification)

สิ่งส่งตรวจ: และ EDTA/ACD อย่างน้อย 18 mL

7. Compatibility test (รวมตรวจ ABO grouping, Antibody screening และ Identification)

สิ่งส่งตรวจ: EDTA/ACD อย่างน้อย 24 mL

8. Compatibility test (Hemolytic disease of the fetus and newborn: HDFN)

สิ่งส่งตรวจ: โลหิตแม่ : EDTA/ACD อย่างน้อย 24 mL

โลหิตลูก : EDTA blood อย่างน้อย 1 mL

9. การตรวจกรณีหาสาเหตุ Transfusion reaction

สิ่งส่งตรวจ: โลหิตผู้ป่วยก่อนรับโลหิต Serum จาก Clotted blood หรือ EDTA/ACD อย่างน้อย 2 mL

โลหิตผู้ป่วยหลังรับโลหิต EDTA/ACD อย่างน้อย 24 mL

สิ่งส่งตรวจหรือถุงโลหิตที่ทำให้เกิด Transfusion reaction

10. การส่งตรวจพิเศษ ได้แก่

10.1 การล้างเซลล์เม็ดเลือดแดงแช่แข็ง ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงโดยตรง พร้อมระบุวันต้องการใช้ล่วงหน้าอย่างน้อย 3-5 วันทำการ

สิ่งส่งตรวจ : ผู้ป่วยใหม่ ส่งตัวอย่างผู้ป่วย EDTA/ACD อย่างน้อย 24 mL มาทดสอบความเข้ากันได้ก่อน

การล้าง

ผู้ป่วยเก่า ส่งตัวอย่างผู้ป่วย EDTA/ACD อย่างน้อย 6 mL มาทดสอบความเข้ากันได้ก่อน

การล้าง

หมายเหตุ :

- EDTA/ACD ไม่ต้องแยก plasma ออกจาก cells

- อายุตัวอย่าง ไม่ควรเกิน 72 ชั่วโมง ก่อนวันให้โลหิตกับผู้ป่วย กรณีอายุตัวอย่างเกิน 72 ชั่วโมง เมื่อโรงพยาบาลได้รับโลหิต ให้โรงพยาบาลทำการเก็บตัวอย่างของผู้ป่วยใหม่และทดสอบกับโลหิตที่จ่ายให้ หากพบปฏิกิริยาไม่

สามารถจ่ายให้กับผู้ป่วยได้ กรุณาประสานงานกลับมาที่งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง เพิ่มแก้ไขเบื้องต้นก่อน
ไม่แนะนำส่งตัวอย่างมาใหม่ทันที

- กรณีผู้ป่วยมีผลการตรวจ COVID-19 เป็นผล Detectable/Positive งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ขอสงวนสิทธิ์ไม่รับตรวจตัวอย่าง ทางโรงพยาบาลสามารถส่งตัวอย่างตรวจได้เมื่อผลการตรวจ COVID-19 ให้ผล Undetectable/Negative แล้วไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ โดยให้โรงพยาบาลแนบผลตรวจมาพร้อมกับตัวอย่างและใบส่งตรวจ

11. การเบิกโลหิตหายาก

- ทำการส่งแบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก แบบฟอร์มเลขที่ WSP 212/006 ใบขอเบิกโลหิตหายาก (เอกสารหมายเลข 15.1) เป็น PDF ไฟล์ให้ทางห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ทาง Email: redbloodcell_nbc@redcross.or.th

หมายเหตุ : สามารถดาวน์โหลดไฟล์แบบฟอร์มและคู่มือการใช้งาน Red cell serology แบบฟอร์มเลขที่ WSP 212/001 Request for red cell serology (เอกสารหมายเลข 13) และคู่มือการใช้งานแบบฟอร์มเลขที่ WSP 212/006 ใบขอเบิกโลหิตหายาก (เอกสารหมายเลข 15.1) ได้ที่ website <https://blooddonationthai.com>

ขั้นตอนการขอใช้บริการงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง

1. การส่งสิ่งส่งตรวจ

- 1.1 เตรียมสิ่งส่งตรวจตามข้อกำหนดสำหรับการตรวจแต่ละประเภทพร้อมแบบฟอร์มการส่งตัวอย่าง
- 1.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนำสิ่งส่งตรวจมาส่งที่งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ที่ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อตรวจสอบความเรียบร้อยของสิ่งส่งตรวจ
 - ในกรณีขอโลหิต เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะได้รับแบบฟอร์มใบเบิกโลหิตกรณีส่งตรวจเลือดมีปัญหาแบบฟอร์มเลขที่ WSP212/002 (เอกสารหมายเลข 14) เพื่อเป็นหลักฐานเมื่อมารับโลหิตที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์
- 1.3 กรณีส่งสิ่งส่งตรวจด้วยบริการขนส่งสาธารณะ
 - 1.3.1 เตรียมสิ่งส่งตรวจตามข้อกำหนด
 - 1.3.2 นำสิ่งส่งตรวจใส่ถุงพลาสติกกันน้ำ ปิดปากถุงพลาสติกให้แน่น
 - 1.3.3 บรรจุลงในกล่องโฟมใส่น้ำแข็งปิดกล่องพร้อมกับแบบฟอร์มใบส่งตรวจ (ต้องไม่ให้โลหิตสัมผัสกับน้ำแข็งโดยตรง)

1.3.4 จำหน่ายถึง “งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง” ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

1.3.5 ในกรณีส่งตัวอย่างผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ให้เจ้าหน้าที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ส่ง Email แบบฟอร์มแจ้งการส่งและตอบรับ specimen ในงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง แบบฟอร์มเลขที่ WSP 212/003 (เอกสารหมายเลข 15) มาที่ Email: redbloodcell_nbc@redcross.or.th

1.3.6 ในกรณีโรงพยาบาลต่างจังหวัดส่งตัวอย่างด้วยตนเอง ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่ง Email แบบฟอร์มแจ้งการส่งและตอบรับ specimen ในงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง แบบฟอร์มเลขที่ WSP 212/003 (เอกสารหมายเลข 15) มาที่ Email: redbloodcell_nbc@redcross.or.th

1.3.7 ส่งโทรสารหมายเลขแจ้งรายละเอียดของบริษัทรถหรือสายการบินและเวลาที่มาถึง รวมทั้งสถานที่รับส่งของมายังฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ เพื่อทางศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะจัดรถไปรับส่งตรวจ ณ ที่นัดหมายไว้ต่อไป

1.4 **กรณีรีบด่วน** กรุณาโทรศัพท์ติดต่อหมายเลข 02-2639600 ต่อ 1330 หรือ 1331 ติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง เพื่อแจ้งข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดอันดับการทดสอบ/เตรียมโลหิต ทั้งนี้โปรดระบุอาการสำคัญและความจำเป็นในการขอ ลงในแบบฟอร์มส่งตรวจเลขที่ WSP212/001 (เอกสารหมายเลข 13) ให้ครบถ้วน

หมายเหตุ : หากพบว่าสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ปริมาณสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มการส่งตัวอย่างตรวจไม่ครบถ้วน เป็นต้น จะทำการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ และโทรแจ้งเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดโดยตรง พร้อมส่งแบบฟอร์มการแจ้งปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ เลขที่ WSP212/005 (เอกสารหมายเลข 16.1) ทาง Email ของโรงพยาบาลหรือผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติ กรณีส่งตัวอย่างผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อให้โรงพยาบาลเก็บเป็นหลักฐานในการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

2. การรายงานผลและค่าบริการตรวจโลหิตพิเศษ

รายการ	เทคนิค	กำหนดการตรวจเสร็จ (วัน)	ค่าบริการ (บาท) (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
1. Confirm ABO grouping	CAT/CTT	3 วันทำการ	100 บาท
2. Confirm ABO grouping ในกรณีต้องตรวจสอบเพิ่มเติมโดยใช้เทคนิค adsorption-elution และ/หรือตรวจสอบ ABH substance ในน้ำลาย	CAT/CTT	4 วันทำการ	250 บาท

รายการ	เทคนิค การตรวจ	กำหนดการ ตรวจเสร็จ (วัน)	ค่าบริการ (บาท) (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
3. Confirm Rh (D antigen)	CAT/CTT	2 วันทำการ	200 บาท
4. Type antigen ทุกระบบ	CTT	2 วันทำการ	<u>แอนติเจนละ 200 บาท*</u>
5. ตรวจ Antibody ในผู้หญิงตั้งครรภ์	CAT/CTT	3-7 วันทำการ	250 บาท
6. Direct antihuman globulin test	CAT/CTT	2 วันทำการ	150 บาท
7. Screening and identification antibody	CAT/CTT	3-7 วันทำการ	300 บาท
8. Compatibility test (รวมตรวจ ABO grouping, Screening atypical antibody, Identified antibody)	CAT/CTT	3-7 วันทำการ	เริ่มต้นที่ 300 บาท
9. Compatibility test (Hemolytic disease of the fetus and newborn: HDFN)	CAT/CTT	3 วันทำการ	เริ่มต้นที่ 300 บาท
10. การตรวจกรณีสหาสาเหตุ Transfusion reaction	CAT/CTT	3 วันทำการ	เริ่มต้นที่ 300 บาท
11. การขอโลหิตหายาก (Rare blood group)	-	2-15 วันทำการ	1 แอนติเจน 200 บาท/ยูนิต มากกว่า 1 แอนติเจน 400 บาท/ยูนิต
12. การล้างเซลล์เม็ดเลือดแดงแช่แข็ง	-	24 ชั่วโมง หลังการล้าง	<u>ยูนิตละ 2,000 บาท*</u>

CAT = Column agglutination test, CTT = Conventional tube test

* คิดค่าบริการทั้งโรงพยาบาลเอกชน และรัฐบาล

เปิดให้บริการ วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น. วันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดรับเฉพาะตัวอย่างส่งตรวจตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. (ส่งหลัง 14.00 น. ทำการตรวจในวันถัดไป)

กรณี ผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์กรณีเร่งด่วนข้อ 1.4 จะทำการตรวจให้เป็นกรณีพิเศษ โดยขอให้โรงพยาบาลโทรติดต่อเจ้าหน้าที่งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง

3. การรับผลการตรวจ

❖ กรณีขอเลือด

- ส่งผลการตรวจฉบับสำเนาและใบแจ้งค่าบริการตรวจให้ก่อนในระหว่างการจัดหาโลหิตที่เหมาะสม ทาง Email ที่โรงพยาบาลระบุตามใบส่งตรวจตัวอย่าง
- จัดส่งผลการตรวจฉบับจริงไปพร้อมกับโลหิตที่จัดหาให้

❖ กรณีไม่ขอเลือดหรือไม่ได้จ่ายโลหิตให้

- ส่งผลการตรวจและใบแจ้งค่าบริการตรวจให้ทาง Email ที่โรงพยาบาลระบุตามใบส่งตรวจตัวอย่างพร้อมระบุหมายเหตุให้โรงพยาบาล crossmatch เอง

❖ การพิจารณาการจ่ายโลหิตกรณีขอโลหิต

ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง พิจารณาผลการตรวจ Screening atypical antibody และ Identified antibody ของผู้ป่วยได้ผล ดังนี้

1. พบแอนติบอดีที่สามารถระบุชนิดได้ ร่วมกับแอนติบอดีที่ไม่สามารถระบุชนิดได้ (Unidentified antibody) และ/หรือ Autoantibody ซึ่งโรงพยาบาลสามารถทดสอบความเข้ากันได้ (crossmatch) เอง งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงจะจ่ายโลหิตหายากพร้อมแนบรายงานผลชนิดแอนติบอดี และหมายเหตุ ระบุชนิดแอนติเจนของโลหิตที่ได้รับไป crossmatch โดยทางโรงพยาบาลไม่ต้องส่งใบขอเบิกโลหิตหายาก

2. พบแอนติบอดีที่ไม่สามารถระบุชนิดได้ (Unidentified antibody) และ/หรือ Autoantibody ซึ่งโรงพยาบาลไม่สามารถทดสอบความเข้ากันได้ (crossmatch) งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงจะ crossmatch หา โลหิตให้ และรายงานผลชนิดแอนติบอดี โดยผลการตรวจฉบับจริงจะแนบไปกับโลหิตที่จ่ายให้

3. กรณีงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ไม่สามารถจัดหาโลหิตที่ปฏิกิริยาอ่อนกว่า Autocontrol ได้ งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงจะเสนอโลหิตที่มีแอนติเจนตรงกับผู้ป่วย (Phenotype matched) หรือการตรวจ Red cell genotype ที่ปฏิกิริยา crossmatch แรงกว่า autocontrol เมื่อโรงพยาบาลจ่ายโลหิตให้กับผู้ป่วย ให้แพทย์หรือพยาบาลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หากพบปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังรับโลหิตกรุณาแจ้งงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงเพื่อบันทึกประวัติ

ทั้งนี้ หากโรงพยาบาลที่ส่งตรวจผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ไม่ได้รับผลการตรวจ ให้ติดต่อกลับภาคบริการโลหิตแห่งชาติ เท่านั้น

4. การรับโลหิต

- 4.1 โรงพยาบาลสามารถโทรศัพท์สอบถามผลการตรวจโลหิตได้ที่ งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง
- 4.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนำใบเบิกโลหิตมารับโลหิตที่ขอเบิกได้ที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์
- 4.3 หากได้โลหิตไม่ครบจำนวนตามที่เบิก และยังมีความต้องการใช้อยู่ ให้โรงพยาบาลเบิกโลหิตหายากตามใบรายงานผลที่งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงแนบไปพร้อมกับโลหิตที่จ่าย
- 4.4 กรณีเบิกโลหิต โดยอ้างอิงจากผลการตรวจล่าสุด หากผลการตรวจนั้น นานเกิน 1 เดือนนับจากวันที่ผู้ป่วยรับโลหิตครั้งล่าสุด โดยผลการตรวจ Antibody screening ยังคง Positive แนะนำให้โรงพยาบาลเก็บตัวอย่างส่งตรวจใหม่ เพื่อตรวจสอบการสร้าง Alloantibody ชนิดใหม่

5. การขอโลหิตหายาก รายละเอียดในการเบิกโลหิตหายากมีดังนี้

1. กรณีที่นัดผู้ป่วยมารับโลหิตขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลจัดส่งใบขอเบิกโลหิตมาล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันทำการและกรุณาระบุวันที่นัดผู้ป่วยเพื่อที่จะได้เตรียมการหาโลหิตให้กับโรงพยาบาลได้ทันเวลาตามกำหนด
2. กรณีผู้ป่วยชัลส์ซีเมีย งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงจะพิจารณาโลหิตอายุไม่เกิน 7-10 วันให้กับผู้ป่วย

กำหนดระยะเวลาที่จะได้รับในการเบิกโลหิตหายากแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่	กลุ่มแอนติเจน	ชนิดผลิตภัณฑ์		
		PRC or LPRC	LDPRC	SRD
1	กรณี Antigen (E-, c-, N-, S-, P1-, Mi ^a , Fy ^b , K-, Di ^a)	2 วันทำการ	4 วันทำการ	7 วันทำการ
2	กรณี Antigen (M-, Jk ^a , Jk ^b , E-c-Jk ^a , E-c-Jk ^b)	3 วันทำการ	6 วันทำการ	8 วันทำการ
3	กรณี Antigen (C-, e-, Le ^(a-b-))	5 วันทำการ	8 วันทำการ	10 วันทำการ
4	กรณี Antigen (C-e-, M-, Jk ^a or Jk ^b , Fy ^a)	7 วันทำการ	10 วันทำการ	12 วันทำการ
5	กรณี Antigen (C-e-Jk ^a , C-e-Jk ^b , Le ^(a-b-) , Jk ^a or Jk ^b , Fy ^a -Jk ^a or Jk ^b) ที่อาจต้องตามผู้บริจาค	10 วันทำการ	13 วันทำการ	15 วันทำการ
6	กรณี Antigen (H-, s-, Tj ^a , Jk ^(a-b-)) ที่ต้องตามผู้บริจาค	ไม่สามารถกำหนดได้	ไม่สามารถกำหนดได้	ไม่สามารถกำหนดได้
7	กรณี Rh negative และมี Antigen ตัวอื่นร่วมด้วย	10 วันทำการ	13 วันทำการ	15 วันทำการ

3. หากได้โลหิตหายากที่หายากไม่ครบจำนวนตามที่เบิกและยังมีความต้องการใช้อยู่ ทางโรงพยาบาลต้องส่งใบขอเบิกมาใหม่อีกครั้ง

หมายเหตุ : ความรวดเร็วในการจัดหาโลหิตหายากขึ้นอยู่กับ ความหายากของ Antigen, ปริมาณของ Antigen ที่ขอ และการระบุชนิดผลิตภัณฑ์โลหิตอย่างจำเพาะ

6. การขอคืนโลหิต

หากต้องการขอคืนโลหิตที่เบิกจากศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ให้ปฏิบัติดังต่อไปนี้

- โทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงให้รับทราบ
- ส่งคืนโลหิตที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ พร้อมแนบข้อความ “ส่งคืนโลหิตศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง” ส่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ เพื่อประสานงานต่อ
- เอกสารใบขอคืนผลิตภัณฑ์ จะได้รับคืนหลังจากมีการตรวจสอบการเกิด Hemolysis ของโลหิตยูนิตนั้น ๆ เรียบร้อยแล้ว

สถานที่ติดต่อ : งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1330, 1331

Email : redbloodcell_nbc@redcross.or.th

วัน-เวลาทำการ: วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30-16.30 น.

วันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่ 8.30-16.30 น.

6.3 งานบริการห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด (HLA and Platelet Laboratory)

ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และจัดหาเกล็ดเลือดได้แก่

- การตรวจเอชแอลเอเพื่อการปลูกถ่ายไต (HLA for kidney transplant)
- การตรวจเอชแอลเอแอนติเจน (HLA typing)
- การตรวจหาแอนติบอดีต่อเกล็ดเลือดและการจัดหาเกล็ดเลือดให้กับผู้ป่วย (Platelet antibody และ Platelet crossmatch)
- การแช่แข็งเซลล์ และการตรวจเพื่อควบคุมคุณภาพของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Stem cell processing and flow cytometry testing)

สถานที่ติดต่อ : งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1310, 1312 (งานห้องปฏิบัติการ)

Email : hlanbc@redcross.or.th

(งานตรวจ HLA เพื่อการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต)

Email : hla.dna@redcross.or.th

โทรสารหมายเลข 0-2255-6925

วัน-เวลาทำการ: วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่ 08.30 - 16.30 น.

เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

การชำระเงิน: 1. ชำระเงินสดหรือเช็ค เวลา 08.30 -15.00 น.

ที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

2. โอนเงิน บัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี สภากาชาดไทย ธนาคารไทยพาณิชย์

เลขที่บัญชี 045-2-00423-6 สาขา สภากาชาดไทย

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ Specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
1. HLA for organ transplant				
1. การส่งตรวจ HLA auto antibody, HLA crossmatching และ HLA flow crossmatch กรุณาส่งใบจองล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันทำการ				
2. สิ่งส่งตรวจ HLA auto antibody, crossmatching ควรมี WBC > 3,000 cel/ μ L และเปอร์เซ็นต์ lymphocyte \geq 20% หากมี เปอร์เซ็นต์ lymphocyte \geq 12% แต่ < 20% ควรเจาะ ACD blood 72 mL เก็บเลือดที่อุณหภูมิห้องห้ามแช่เย็นและส่งภายใน 12 ชั่วโมง				
3. กรณีไม่ทราบชนิดตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบกรุณาโทรศัพท์หมายเลขสอบถามก่อนเก็บตัวอย่าง				
1.1 การตรวจสำหรับผู้ป่วยรอขึ้นทะเบียนปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคอวัยวะระสมองตาย (HLA typing for new waited patient)				
a. การตรวจเพื่อขอขึ้นทะเบียนใหม่ ประกอบด้วยการทดสอบดังนี้				
- HLA typing (SSO) (HLA-A, -B, -DR, -DQ typing low resolution)	EDTA blood 3 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-12.00 น.	7 วันทำการ	9,000
- HLA antibody for new waited patient (Fluorescent beads assay)	Clotted blood 6 mL หรือ Serum 1 mL			3,500
b. Current serum (ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนแล้ว)	Clotted blood 6 mL หรือ Serum อย่างน้อย 1 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	5 วันทำการ	ไม่มีค่าใช้จ่าย

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ Specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
1.2 การตรวจสำหรับผู้ป่วย-ผู้บริจาคมีชีวิต (HLA typing for patient and living donor)				
a. สำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยการทดสอบดังนี้				
- HLA typing (SSO) (HLA-A, -B, -DR, -DQ typing low resolution)	EDTA blood 3 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-12.00 น.	7 วันทำการ	9,000
- HLA auto antibody (CDC technique)	ACD blood 50 mL (ผู้ป่วย) และ Clotted blood 6 mL 2 หลอด (ผู้ป่วย)			2,500
- HLA antibody (Fluorescent beads assay)	Clotted blood 6 mL หรือ Serum 1 mL			3,500
b. สำหรับผู้บริจาค ประกอบด้วยการทดสอบดังนี้				
- HLA typing (SSO) (HLA-A, -B, -DR, -DQ typing low resolution)	EDTA blood 3 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-12.00 น.	7 วันทำการ	9,000
- HLA crossmatching (CDC technique)	ACD blood 50 mL (ผู้บริจาค) และ Clotted blood 6 mL 2 หลอด (ผู้ป่วย)			2,500
c. HLA crossmatching (Flow cytometry)	ACD blood 20 mL (ผู้บริจาค) และ Clotted blood 6 mL (ผู้บริจาค)	จันทร์-ศุกร์ 08.30-12.00 น.	7 วันทำการ	10,000
d. HLA crossmatching (CDC technique) (Repeat crossmatch)	ACD blood 50 mL (ผู้บริจาค) และ Clotted blood 6 mL 2 หลอด (ผู้ป่วย)	จันทร์-ศุกร์ 08.30-12.00 น.	5 วันทำการ	4,500
1.3 การตรวจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย (Testing for patient and deceased donor)				
HLA crossmatching (CDC technique)	Lymphnode 3-5 nodes หรือ Spleen ทั้งชิ้น	ตลอดเวลา	6-8 ชั่วโมง	8,500/ชุด
HLA crossmatching (CDC technique) for heart transplantation	Clotted blood 6 mL	ตลอดเวลา	3 วันทำการ	5,000
HLA crossmatching (CDC technique) กรณีทดสอบ Crossmatch เพิ่มเติม 1 ชุด	Clotted blood 6 mL	ตลอดเวลา	6-8 ชั่วโมง	5,000

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ Specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
กรณียกเล็ก (โดยแจ้งยกเล็กก่อนการทดสอบ HLA crossmatching)				
ค่าบริการแยกเซลล์ (Deceased donor) จาก Lymph node หรือ Spleen (ต่อ 1 donor)	N/A	N/A	N/A	1,000
ค่าบริการ Set tray (Deceased donor) (ต่อ 1 donor)	N/A	N/A	N/A	2,500
2. HLA antibody				
2.1 HLA antibody screening (LSM) (Fluorescent beads assay)	Clotted blood 6 mL หรือ Serum 1 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	5 วันทำการ	2,000
2.2 HLA antibody (PRA) (Fluorescent beads assay)			1 เดือน	3,500
2.3 HLA antibody (PRA) กรณีเร่งด่วน ทำ 1 ราย (Fluorescent beads assay)			3 วันทำการ	5,000
2.4 Single antigen bead (SAB) for HLA Class I (HLA -A, -B, -C) (Fluorescent beads assay)			7 วันทำการ	13,000
2.5 Single antigen bead (SAB) for HLA Class II (HLA -DR, -DQ, -DP) (Fluorescent beads assay)			7 วันทำการ	12,000
2.6 HLA/HNA antibody (TRALI investigation) (Fluorescent beads assay)					7 วันทำการ	5,000
3. HLA typing				
<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยหรือผู้บริจาคต้องไม่ได้รับเลือด Packed red cell หรือ Whole blood เกิน 2 unit ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนเก็บตัวอย่าง ผู้ป่วยหรือผู้บริจาคต้องมีปริมาณ White blood cell ไม่น้อยกว่า 2,000 cell/uL สิ่งส่งตรวจต้องไม่เจาะเก็บในระยะ Blast crisis หรือใช้สิ่งส่งตรวจเป็น Buccal swab 				
3.1 HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ DNA typing (Low resolution : SSO)	EDTA blood 3 mL 2 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	5 วันทำการ	12,000
3.2 HLA-A DNA typing (Low resolution : SSO)				2,500
3.3 HLA-B DNA typing (Low resolution : SSO)				3,500

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ Specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
3.4 HLA-C DNA typing (Low resolution : SSO)				1,500
3.5 HLA-DR DNA typing (Low resolution : SSO)				3,000
3.6 HLA-DQB1 DNA typing (Low resolution : SSO)				1,500
3.7 HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ DNA typing (High resolution : NGS)				22,000
3.8 HLA-A DNA typing (High resolution : NGS)				4,000
3.9 HLA-B DNA typing (High resolution : NGS)				5,000
3.10 HLA-C DNA typing (High resolution : NGS)				3,500
3.11 HLA-DRB1 DNA typing (High resolution : NGS)				6,000
3.12 HLA-DRB3/4/5 DNA typing (High resolution : NGS)				3,500
3.13 HLA-DQB1 DNA typing (High resolution : NGS)				3,500
3.14 HLA-DPB1 DNA typing (High resolution : NGS)				3,500
HLA for search unrelated bone marrow donor				
3.15 HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ DNA typing (Low resolution : SSO)	EDTA blood 3 mL 2 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	5 วันทำการ	12,000
3.16 HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ DNA typing (High resolution : NGS)	EDTA blood 3 mL 2 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	10 วันทำการ	22,000
3.17 HLA for confirmatory typing HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ DNA typing (High resolution : NGS)	EDTA blood 3 mL 3 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	10 วันทำการ	22,000

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ Specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
HLA for disease associated				
3.18 HLA-B27 (Real time PCR)	EDTA blood 3 mL 1 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	1 วันทำการ	1,200
3.19 HLA disease associated อื่น ๆ (SSO/ NGS)	EDTA blood 3 mL 1 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	กรุณาสอบถามราคา และกำหนดวันส่งผล	
4. Platelet antibody และ platelet crossmatch				
<p>1. กรณีขนส่งผ่านภาคบริการโลหิต หรือพัสดุไปรษณีย์ ขนส่งตัวอย่างที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ให้ส่งถึงศูนย์ห้องปฏิบัติการ อ่างอิงภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>2. ขั้นตอนการส่ง Platelet crossmatch ผู้ใช้บริการส่งแบบฟอร์มการขอเกล็ดเลือด และโทรประสานงานที่ศูนย์ห้องปฏิบัติการ อ่างอิงเพียงที่เดียวและเจ้าหน้าที่ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ่างอิง จะประสานงานการขอเกล็ดเลือดไปยังฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน</p> <p>3. กรณีส่งตรวจ Platelet crossmatch และ Platelet antibody screening ห้ามใช้ หลอด Clotted blood ชนิดเจล</p>				
4.1 HLA/HPA crossmatch SDP (SPRCA)	Clotted blood อย่างน้อย 12mL กรุณาโทรแจ้งก่อน 11.00 น.	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	16.30 น. ในวันที่ส่ง specimen	1,500/unit
4.2 HLA/HPA match SDP (ตามผู้บริจาค) (SPRCA)	Clotted blood อย่างน้อย 12 mL พร้อมแนบสำเนาผล HLA class I Typing และ/ หรือ HPA Typing และโทรประสานงานยืนยันการติดตาม ผู้บริจาค	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	จนกว่าจะติดตาม ผู้บริจาคที่เข้ากันได้	2,000/unit
4.3 Platelet crossmatch (SPRCA) (กรณีรพ. ส่งเลือดผู้บริจาคมาทดสอบ)	Clotted blood อย่างน้อย 12 mL (ผู้ป่วย) และ ACD blood อย่างน้อย 12 mL ใน หลอดพลาสติกใหม่ (ผู้บริจาค)	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	1 วันทำการ	500/ราย (ทดสอบกับ donor 1 ราย)

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ Specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
4.4 Platelet antibody screening (SPRCA, MAIPA, *Platelet associated IgG by PIFT)	<p><u>1. กรณีสงสัย Neonatal alloimmune thrombocytopenia</u> แม่: clotted blood อย่าง น้อย 12 mL และ ACD blood อย่างน้อย 12 mL ในหลอด พลาสติกใหม่ พ่อ: ACD blood อย่างน้อย 12 mL ในหลอดพลาสติกใหม่</p> <p><u>2. กรณีสงสัยผู้ป่วยมี Platelet antibody</u> Clotted blood อย่างน้อย 12 mL และ ACD blood อย่างน้อย 12 mL ในหลอด พลาสติกใหม่</p> <p><u>3. กรณีสงสัยผู้ป่วยมี Drug - dependent antibody</u> Clotted blood อย่างน้อย 12 mL และ ACD blood อย่างน้อย 12 mL ในหลอด พลาสติกใหม่ เจาะเลือดหลังหยุดยาและค่า เกล็ดเลือดมีค่าในระดับปกติ ตัวอย่างยาพร้อมรายละเอียด การใช้ยา (ต้องเป็นยาชนิดน้ำ)</p>	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	3 วันทำการ	3,000
4.5 HPA typing (Real time PCR)	EDTA blood 3 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	7 วันทำการ	2,000
4.6 HLA Class I typing (HLA-A, -B typing : SSO)	EDTA blood 3 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	5 วันทำการ	4,000

หมายเหตุ : MAIPA : Monoclonal antibody-specific immobilization of platelet antigen
 SPRCA : Solid phase red cell adherence assay
 SSO : Polymerase chain reaction-sequence-specific oligonucleotide
 PIFT : Platelet immunofluorescent test
 NGS : Next-generation sequencing

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
5. Stem cell processing and Flow cytometry testing				
วิธีขนส่งตัวอย่าง: 1. ขนส่งตัวอย่างที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส กรณีที่ไม่สามารถส่งตัวอย่างได้ทันทีให้เก็บตัวอย่างที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส 2. ให้ส่งถึงศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิงภายใน 72 ชั่วโมง* หลังเจาะเก็บตัวอย่าง 3. ระบุวันและเวลาที่เจาะเก็บบนหลอดตัวอย่างและบนถุงใส่ Bone marrow/PBSC * Reference: Australia Bone Marrow Donor Registry (ABMDR), Implementation date: 26-6-2015				
5.1 ค่าปั่น Stem cell processing	BM, PBSC	จันทร์-ศุกร์ 08.30-15.00 น.	N/A	20,000/ครั้ง
5.2 ค่าแช่แข็ง Bone marrow/PBSC/DLI	BM, PBSC, DLI	จันทร์-ศุกร์ 08.30-15.00 น.	N/A	7,300/unit
		หลัง 15.00น. (แช่แข็งวันถัดไป)		
		เสาร์ ก่อน 12.00 น.		
5.3 ค่าเก็บรักษา Bone marrow/PBSC/DLI		N/A		5,000/ปี
5.4 บริการขนส่งเซลล์ที่แช่แข็งกลับไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วย (Reinfuse stem cell) และ การตรวจสอบปริมาณเซลล์ที่มีชีวิต ภายหลังการละลายเซลล์ที่แช่แข็ง (Viability) ภายในจังหวัดกรุงเทพมหานคร	N/A	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น. กรณีวันหยุด แจ้งล่วงหน้า 7 วัน	N/A	4,000/ครั้ง
5.5 บริการเตรียมอุปกรณ์สำหรับ Reinfuse stem cell (ยกเว้นค่าขนส่ง)	N/A	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น. กรณีวันหยุด แจ้งล่วงหน้า 7 วัน	N/A	3,000/ครั้ง
5.6 บริการขนส่ง Stem cell (cryopreserved) ในต่างจังหวัด	N/A	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	N/A	30,000/ครั้ง

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
5.7 CD34 (Flow cytometry)	EDTA blood 3 mL BM, PBSC, Cord blood	จันทร์-ศุกร์ 08.30-15.00 น.	ภายใน 19.30 น.	1,000
5.8 CD3/CD4/CD8 (Flow cytometry)		จันทร์-ศุกร์ หลัง 15.00 น.	วันถัดไป ก่อน 10.00 น.	750
		เสาร์ ก่อน 12.00 น.	ภายใน 16.00 น.	
6. การตรวจสำหรับการควบคุมคุณภาพโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิต				
6.1 การทดสอบ HBs Ab titer product (HBIG + IVIG) (CMIA)	HBIG, IVIG	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	15 วัน	10,000
6.2 การตรวจภูมิ HBs Ab สำหรับผู้บริจาคเข้าโครงการ HBIG (CMIA)	Clotted blood 6 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	12 วัน	1,500
6.3 HLA/HNA antibody (TRALI investigation) (Fluorescent beads assay)	Clotted blood 6 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	7 วันทำการ	5,000
6.4 ตรวจปริมาณเม็ดโลหิตขาว Residual WBC ในผลิตภัณฑ์ (Flow cytometry)	Leukoreduced blood product	จันทร์-ศุกร์ 08.30-15.30 น.	วันถัดไป ก่อน 10.00 น.	1,000
7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะใน Deceased donor (ค่าบริการเรียกเก็บกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ)				
7.1 งานบริการตรวจ Infectious markers (Deceased donor)	Clotted blood 18 mL, EDTA 24 mL	ตลอดเวลา	2.30 ชั่วโมง หลังจากรับ ตัวอย่าง	
HBs Ag (CMIA)				90
Anti HCV (CMIA)				350
HIV Ag/Ab Combo (CMIA)				370
Syphilis (CMIA)				90
Anti HBs (CMIA)				450
Anti HBc (CMIA)				350
HBe Ag (CMIA)				200
Anti HBe (CMIA)				200
Anti CMV IgG (CMIA)				920
Anti CMV IgM (CMIA)				700
HIV/HBV/HCV (NAT)				230

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ specimen	กำหนด วันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
กรณีทดสอบเพิ่มเติม				
Syphilis (TPPA)				400
Syphilis (RPR)				20
HBV (viral load)				2,200
HIV (PCR screening)				2,000
HCV (PCR screening)				2,000
CMV (PCR screening)				1,000
7.2 HLA typing (Deceased donor) เทคนิค Real time PCR	EDTA blood 3 mL 2 หลอด	ตลอดเวลา	4.30 ชั่วโมง หลังจากรับ แจ้ง	11,000

หมายเหตุ : N/A = Not applicable

6.4 งานบริการฝ่ายธนาคารเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

- ให้บริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเพื่อค้นหาอาสาสมัครบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่ไม่ใช่ญาติ (Unrelated stem cell donor search)
- ให้บริการประสานงานเพื่อตรวจ HLA typing เพิ่มเติมชั้น HLA Low/Intermediate/High resolution ในอาสาสมัครบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่ไม่ใช่ญาติ
- ให้บริการประสานงานเพื่อตรวจ HLA typing ชั้น Verification typing ในอาสาสมัครบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่ไม่ใช่ญาติ
- ให้บริการประสานงานเพื่อขอใช้สเต็มเซลล์จากผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่ไม่ใช่ญาติ
- ให้บริการประสานงานเพื่อขอใช้สเต็มเซลล์จาก Unrelated cord blood

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายธนาคารเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
 ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ
 ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
 โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1301, 1314
 Email : tscdr.coordinators@redcross.or.th

วัน-เวลาทำการ : วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่ 08.30-16.30 น.
 เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

การชำระเงิน : 1. ชำระเงินสดหรือเช็ค เวลา 08.30 -15.00 น.

ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

2. โอนเงิน บัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี สภากาชาดไทย ธนาคารไทยพาณิชย์

เลขที่บัญชี 045-2-00423-6 สาขา สภากาชาดไทย

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ specimen	กำหนดวันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
Thai National Stem Cell Donor Registry (TSCDR)				
1. จะคิดเงินค่าตรวจร่างกายผู้บริจาคซ้ำ กรณี Stem cell collection หรือ Unstimulated leukapheresis ห่างจากการบริจาคครั้งก่อนเกิน 6 เดือน หรือตามที่แพทย์ Collection center พิจารณาให้ตรวจซ้ำ 2. กรณีส่งตรวจ HLA typing ของผู้ป่วย ต้องเจาะเก็บเลือดจากโรงพยาบาล และตรงตามข้อกำหนดตรวจ HLA typing ของศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง				
1. Preliminary search	Search request form + ผล HLA typing (A, B, DRB1) ของผู้ป่วย	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	1 วันทำการ	3,000
2. Infectious markers (VT) donor: (Serology + NAT)	EDTA blood 6 mL 2 หลอด Clotted blood 6 mL 2 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	3 วันทำการ	7,500
3. Verification typing (VT) donor: - HLA-A,-B,-C,-DRB1,-DQB1 (High resolution : NGS) - Infectious marker (serology + NAT)	EDTA blood 3 mL 1 หลอด EDTA blood 6 mL 2 หลอด Clotted blood 6 mL 2 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	10 วันทำการ	29,500
4. Verification typing (VT) patient: - HLA-A,-B,-C,-DRB1,-DQB1 (High resolution : NGS)	EDTA blood 3 mL 2 หลอด	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	10 วันทำการ	22,000
5. VT shipment request ในประเทศ: - ตัวอย่างเลือด + ค่าขนส่ง + Infectious marker (Serology + NAT)	ตามที่โรงพยาบาลร้องขอ ไม่เกิน 50 mL	จันทร์-ศุกร์ 08.30-16.30 น.	ส่งหลังจาก ผู้ป่วย ชำระ เงินภายใน 3 วันปฏิทิน	11,000
6. Stem cell collection: 6.1 ค่าบริการตรวจร่างกายผู้บริจาค (Donor work up) Include of physician examination + Infectious marker (Serology + NAT)	N/A	N/A	7 วันทำการ	10,000

รายการ	สิ่งส่งตรวจ	วัน-เวลารับ specimen	กำหนดวันรับผล	ค่าบริการ (บาท)
6.2 Stem cell harvest (Bone marrow/ PBSC) : - Stem cell collection + CD34 testing	N/A	N/A	N/A	180,000
6.3 Unstimulated leukapheresis + CD3 testing	N/A	N/A	N/A	40,000
6.4 Unstimulated Leukocyte (Whole blood) + CD3 testing	N/A	N/A	N/A	20,000
6.5 Unrelated cord blood (One unit)	N/A	N/A	N/A	120,000
กรณียกเล็ก				
ค่าบริการก่อนดำเนินการตรวจร่างกาย ผู้บริจาค	N/A	N/A	N/A	5,000
ค่าบริการกรณีผู้บริจาคได้รับการฉีดยา กระตุ้นการสร้าง Stem cell (G-CSF step)	N/A	N/A	N/A	100,000

หมายเหตุ : - N/A = Not applicable

- กรณีขอตรวจ HLA typing เพิ่มเติม หรือการขอใช้สเต็มเซลล์จากต่างประเทศนั้น ราคาจะเปลี่ยนแปลงตามแต่ละประเทศกำหนด

7. การบริการวิชาการ อบรม ศึกษาดูงาน ฝึกอบรม ประชุม สัมมนา

ด้านบริการโลหิตและเวชศาสตร์บริการโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ มีการจัดอบรม ศึกษาดูงาน ฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ด้านบริการโลหิตและเวชศาสตร์บริการโลหิตแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ติดต่อสอบถาม : งานประสานงานวิชาการ ฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง

โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1821, 1822

8. การให้คำแนะนำ บริการด้านบริการและวิชาการ (Advisory services)

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ มีการให้คำแนะนำบริการด้านการใช้ส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิต ด้านบริการและวิชาการ (Advisory services) แก่ผู้บริจาคโลหิตและโรงพยาบาล สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

เวลาราชการ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99

● ผู้บริจาคโลหิต

- ผลการตรวจโลหิต : ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ต่อ 1400-01, 1411-13, 1420
- ข้อสงสัยหลังการบริจาคโลหิต : ฝ่ายเจาะเก็บโลหิต ต่อ 1150, 1200-01, 1234

● โรงพยาบาล

- ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ต่อ 1310, 1330
- ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ต่อ 1400-01, 1411-13, 1420
- ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ต่อ 1000, 1001
- ฝ่ายผลิตส่วนประกอบโลหิต ต่อ 1444, 1446

เวลาราชการ นอกเวลาราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

● ข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต : ฝ่ายจัดหาผู้บริจาคโลหิตและสื่อสารองค์กร

- เวลาราชการ (08.30-16.30 น.) โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1101, 1760-1, 1770-1
- นอกเวลาราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ (08.30-15.30 น.) โทรศัพท์หมายเลข 0-2256-4300

9. การส่งใบคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ยินดีรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการเพื่อนำมาพัฒนาบริการให้ดียิ่งขึ้น หากบุคคล หรือหน่วยงานมีข้อร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะ สามารถแจ้งทางช่องทางต่าง ๆ ดังนี้

1. โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1804 หรือ โทรสารหมายเลข 0-2255-5558

2. เขียนจดหมาย หรือกรอกแบบฟอร์มใบคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ

- หย่อนตู้รับใบคำร้องเรียน ณ เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
- ส่งทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง ผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เลขที่ 1871 ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

10. การสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่มีความประสงค์จะเบิกโลหิต ส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิตของ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย นั้น ต้องสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติก่อน โดยมี คุณสมบัติตามที่กำหนดดังนี้

● คุณสมบัติ

1. มีใบอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทมีผู้ป่วยค้างคืนจากกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
2. มีใบประกอบโรคศิลปะของผู้อำนวยการสถานพยาบาล (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
3. มีแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์หรือนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการธนาคาร เลือดประจำธนาคารเลือด
4. มีตู้เย็นสำหรับเก็บโลหิตอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ตู้แช่แข็งสำหรับเก็บส่วนประกอบโลหิตพลาสมาแช่แข็ง อุณหภูมิต่ำกว่า -20 องศาเซลเซียส และตู้เขย่าสำหรับเก็บเกล็ดเลือดอุณหภูมิ 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อ เก็บรักษาโลหิต ส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิต
5. มีระบบควบคุมคุณภาพของตู้ควบคุมอุณหภูมิ และมีการบันทึกอุณหภูมิของตู้ควบคุมอุณหภูมิทุกตู้

● วิธีการสมัคร

1. โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ แจ้งความประสงค์ขอ สมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการ ส่งมาที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
2. แนบสำเนาใบอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล และใบประกอบโรคศิลปะของผู้อำนวยการโรงพยาบาล มาแสดง และใช้เป็นเอกสารประกอบการสมัคร (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
3. เมื่อศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้รับหนังสือแจ้งความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการ พร้อมเอกสาร จากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล และได้ลงนามในบันทึกข้อตกลงการสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติแล้ว ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจะส่งบัตรบาร์โค้ดหมายเลขสมาชิกให้แก่ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้น พร้อมคู่มือการใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ไปให้
4. ในการเบิกจ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์ โรงพยาบาล/สถานพยาบาล จะต้องนำบัตรสมาชิกที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติออกให้ มาแสดงด้วยทุกครั้ง

หมายเหตุ : สามารถดูข้อแนะนำการสมัครสมาชิก คุณสมบัติ วิธีสมัคร การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิตและ ผลิตภัณฑ์ การบรรจุและการเก็บรักษาส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์ และวิธีการชำระเงิน (เอกสาร หมายเลข 21.1-21.5)

ติดต่อสอบถาม : ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1817

ภาคผนวก

แบบฟอร์มต่าง ๆ

ใบรับรองระบบคุณภาพ ISO

แบบฟอร์มแจ้งการปฏิเสธ / ปรับปรุงสิ่งส่งตรวจ
ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ศูนย์บริการโลหิต / ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ

โรงพยาบาล / ฝ่าย / ภาคบริการโลหิต	.....	
วันที่ส่งตัวอย่าง	.....	เวลาแจ้ง	.....
จนท.ผู้แจ้ง	.....		ผู้รับเรื่อง
		เลขที่ /

สาเหตุในการปฏิเสธ		
R1 <input type="checkbox"/>	หมายเลขโลหิต(barcode) ในแบบฟอร์มส่งตรวจกับหลอดตัวอย่างไม่ตรงกัน	จำนวน.....หลอด
R2 <input type="checkbox"/>	บนหลอดตัวอย่าง <u>ไม่ติด</u> / ติด barcode สูง ต่ำ เอียงมากเกินไป ทำให้เครื่องตรวจอ่านไม่ได้	จำนวน.....หลอด
R3 <input type="checkbox"/>	กรอก/ระบุ รายละเอียดในแบบฟอร์มส่งตรวจไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ระบุ Test ไม่ระบุผู้ส่ง เป็นต้น	จำนวน.....หลอด
R4 <input type="checkbox"/>	ส่งหลอดตัวอย่างโดยไม่มีแบบฟอร์มส่งตรวจ / ส่งแบบฟอร์มผิดประเภท	จำนวน.....หลอด
R5 <input type="checkbox"/>	ชนิดของหลอดตัวอย่างไม่ครบถ้วน <input type="checkbox"/> CPDA blood <input type="checkbox"/> Clotted blood <input type="checkbox"/> EDTA blood	จำนวน.....หลอด
R6 <input type="checkbox"/>	ปริมาณตัวอย่างโลหิตไม่เพียงพอ (Serum/Plasma 2 CC.) / ปริมาณน้ำยามากกว่าปริมาณโลหิต	จำนวน.....หลอด
R7 <input type="checkbox"/>	ตัวอย่างมี Hemolysis เกิน 2+ (>2g / L) ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำการทดสอบได้	จำนวน.....หลอด
R8 <input type="checkbox"/>	ตัวอย่างขุ่นขาว (Lipimic) (triglyceride >3,000 mg/dL) ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำการทดสอบได้	จำนวน.....หลอด
R9 <input type="checkbox"/>	มีหลอดตัวอย่าง แต่ไม่มีสายปล้อง Bag	จำนวน.....หลอด
R10 <input type="checkbox"/>	การเก็บรักษาและอุณหภูมิการขนส่งไม่เหมาะสม ไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด (2-8C)	จำนวน.....หลอด
R11 <input type="checkbox"/>	สาเหตุอื่น ๆ (ระบุ).....	จำนวน.....หลอด

การแก้ไข	
<input type="checkbox"/> ขอตัวอย่างใหม่ หมายเลขโลหิต..... <input type="checkbox"/> ไม่ต้องส่งตัวอย่างใหม่แต่ขอให้ปรับปรุง/ แก้ไขในครั้งต่อไป ครั้งที่..... <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการตรวจตัวอย่าง (ส่งหลอดคืน) และไม่รายงานผลการตรวจ.. .. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) ..... ..... .....	..... หัวหน้าฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต / หัวหน้าภาค..... วันที่.....เดือน.....พศ.....

แบบฟอร์มส่งตรวจคัดกรองโลหิต
blood screening request form
ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

กรุณากรอกข้อมูลให้ ครบถ้วน และส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมหลอดตัวอย่างโลหิตและสายปล้อง Bag มายัง
 ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ
 หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อที่หมายเลข 0-2263-9600-99, 0-2252-4106-9 ต่อ 1411, 1412 หมายเลขโทรสาร 0-2251-7265
 If you have questions, please contact at : 0-2263-9600-99, 0-2252-4106-9 Ext. 1411, 1412 Fax 0-2251-7265

Contact Information			
โรงพยาบาล / ภาคบริการโลหิตฯ Hospital / Regional Blood Centre		รหัส Hospital Code	
วันที่ Date	โทรศัพท์ Tel.	โทรสาร Fax	
E-mail	ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ขอตรวจ Contact Name		

Services Requested			
ขอส่งตัวอย่างเพื่อตรวจ โปรดทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> Please Check		ชนิดของหลอดตัวอย่างที่ส่งตรวจ Type of Samples	
<input type="checkbox"/> Blood Grouping and TTIs Testing (ABO grouping, Rh Typing, Antibody Screening and Syphilis, HIV Ag/Ab, Anti-HCV, HBsAg)		<input type="checkbox"/> Clotted Blood <input type="checkbox"/> CPDA-1 Blood <input type="checkbox"/> EDTA Blood	
<input type="checkbox"/> Blood Grouping, TTIs Testing and NAT (HIV/HCV/HBV)		โปรดทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> Check One	
<input type="checkbox"/> NAT Only	<input type="checkbox"/> Others	<input type="checkbox"/> ขอผลด่วน Standard Turn-Around time (1 business days)	<input type="checkbox"/> ขอผลด่วนที่สุด Rush (<24 Hours)

รายละเอียดสิ่งส่งตรวจ Specimen Detail					
ลำดับที่ No.	หมายเลขหลอดตัวอย่าง (เริ่มต้น - สิ้นสุด) Unit Number (first-last number)	หมายเลขข้าม Skip numbers	จำนวนหลอดทั้งหมด Total samples	จำนวนสาย Total segment	หมายเหตุ remark
จำนวนสิ่งส่งตรวจทั้งหมด Total specimens					ราย Tests

หลักฐานการรับส่งตัวอย่าง				
อุณหภูมิขณะขนส่ง (°C)	ลายเซ็นต้นผู้ส่งตัวอย่าง	วันที่ / เวลา	ลายเซ็นต้นเจ้าหน้าที่ฝ่ายฯ	วันที่ / เวลา

ใบขอเบิกหลอดทดลองสำหรับเก็บตัวอย่างโลหิต

เลขที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอเบิกหลอดทดลองสำหรับเก็บตัวอย่างโลหิต

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....รหัสสมาชิก.....

มีความประสงค์ขอเบิกหลอดทดลอง สำหรับเก็บตัวอย่างโลหิต เพื่อส่งตรวจคุณภาพโลหิตที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ดังนี้

1. หลอด Clotted Blood จำนวน.....หลอด

2. หลอด CPD/CPDA-1 จำนวน.....หลอด

3. หลอด EDTA จำนวน.....หลอด

ทั้งนี้จำนวนหลอดที่เบิกใช้งานในระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....รวม

เป็นระยะเวลา.....เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

สำหรับ เจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

เจ้าหน้าที่ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต

ได้ตรวจสอบยอดการขอเบิกหลอดทดลองแล้ว ดำเนินการจ่ายหลอดทดลอง ดังนี้

1. หลอด Clotted Blood จำนวน.....หลอด

2. หลอด CPD/CPDA-1 จำนวน.....หลอด

3. หลอด EDTA จำนวน.....หลอด

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(.....)

วันที่.....

ใบเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ดเบอร์โลहित (ศูนย์ฯ)

วันที่

เรื่อง ขอบเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ดเบอร์โลहित

เรียน หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี

ด้วยโรงพยาบาลจังหวัด

ขอเบิกสต็อกเกอร์บาร์โค้ดเบอร์โลहित ตามรายการดังต่อไปนี้ :-

สำหรับ โรงพยาบาลระบุข้อมูล			สำหรับศูนย์บริการโลहितฯ ระบุข้อมูล		
เบอร์โลहित		จำนวน (ควง/เบอร์)	ส่งตรวจ โลहितที่ศูนย์ฯ		หมายเหตุ
เริ่มต้น	สิ้นสุด		ส่งตรวจ	ไม่ส่งตรวจ	

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....

(

หัวหน้าธนาคารเลือด/ผู้ได้รับมอบหมายโรงพยาบาล

สำหรับศูนย์บริการโลहितแห่งชาติเลขที่

เรียน เพื่อดำเนินการ หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี วันที่.....	เรียน หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี ดำเนินการจัดส่งสต็อกเกอร์ฯ ให้กับ โรงพยาบาล .....จังหวัด ในวันที่ .....เป็นที่เรียบร้อยแล้ว (แนบใบตอบรับ การเบิกสต็อกเกอร์ฯ มาพร้อมนี้แล้ว) วันที่.....
หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี รับทราบ (ลงนาม) .....วันที่.....	

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

ใบขอใช้โลหิตเฉพาะราย
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

วันที่.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี ห้อง.....เลขที่หัวเตียง.....
ป่วยเป็นโรค.....

หมู่โลหิต (BLOOD GROUP) A B O AB Rh Positive

ต้องการส่วนประกอบโลหิตชนิด	จำนวน (ยูนิต)
<input type="checkbox"/> PACKED RED CELLS (PRC)
<input type="checkbox"/> LEUKOCYTE-POOR PACKED RED CELLS (LPRC)
<input type="checkbox"/> LEUKODEPLETED PACKED RED CELLS (LDPRC)
<input type="checkbox"/> SINGLE DONOR RED CELLS (SDR)
<input type="checkbox"/> PEDIATRIC LEUKODEPLETED PLATELET CONCENTRATES (PLDPC)
<input type="checkbox"/> POOLED LEUKOCYTE-POOR PLATELET CONCENTRATES (LPPC)
<input type="checkbox"/> LEUKODEPLETED POOL PLATELET CONCENTRATES (LDPPC)
<input type="checkbox"/> LEUKODEPLETED PLATELETPHERESIS PAS-C (LDSDP PAS-C)
<input type="checkbox"/> PI PSORALEN-TREATED PLATELETPHERESIS PAS-C (PI LDSDP PAS-C)
<input type="checkbox"/> FRESH FROZEN PLASMA (FFP)
<input type="checkbox"/> LEUKODEPLETED FRESH FROZEN PLASMA (LDFFP)
<input type="checkbox"/> CRYO-REMOVED PLASMA (CRP)
<input type="checkbox"/> CRYOPRECIPITATE (CRYO)

ลงชื่อ ผู้เบิก
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ โปรดตรวจสอบความเรียบร้อยในใบขอใช้ให้ถูกต้องก่อนส่งไปยังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ฯ
ส่งใบขอใช้โลหิตที่ โทรสารหมายเลข 0-2252-3606 หรือที่ E-mail : blood_distribution@redcross.or.th
ติดต่อฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 หรือ 0-2252-4106 ต่อ 1000, 1001

เครื่องหมายโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....

หมายเลขสมาชิก.....

ใบขอใช้โลหิตสำหรับเก็บสำรอง
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

วันที่.....

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

ลงชื่อ ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ โปรดตรวจสอบความเรียบร้อยในใบขอใช้ให้ถูกต้องก่อนส่งไปยังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ฯ

ส่งใบขอใช้โลหิตที่ โทรสารหมายเลข 0-2252-3606 หรือที่ E-mail : blood_distribution@redcross.or.th

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 ต่วนมาก พอรอได้
หมู่โลหิต Rh Negative A B O AB

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

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์/มือถือ.....

- หมายเหตุ 1. ส่งใบขอใช้โลหิตที่ โทรสารหมายเลข 0-2252-3606 หรือที่ E-mail : blood_distribution@redcross.or.th
2. ติดต่อสอบถามที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 หรือ 0-2252-4106 ต่อ 1000, 1001
3. ศูนย์บริการโลหิตฯ ไม่รับคืนส่วนประกอบโลหิตทุกชนิดที่เบิกไปแล้ว ยกเว้นกรณีที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติการใช้บริการฯ
4. ศูนย์บริการโลหิตฯ จะเป็นศูนย์กลางประสานงานแจ้งให้โรงพยาบาลอื่นที่ต้องการใช้ทราบ หากท่านแจ้งข้อมูลเข้ามา

รายละเอียดของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเบิกผลิตภัณฑ์โลหิต
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โรงพยาบาล.....
 ที่อยู่: เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์..... เบอร์โทรภายใน..... โทรสาร.....
 E-mail :

รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผลิตภัณฑ์/ผู้เกี่ยวข้อง (อย่างน้อย 2 คนขึ้นไป ทั้งในเวลาทำการและนอกเวลาทำการ)

• เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง (ในเวลาทำการ)

- ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
 โทรศัพท์..... เบอร์โทรภายใน..... โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail:
- ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
 โทรศัพท์..... เบอร์โทรภายใน..... โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail:

• เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง (นอกเวลาทำการ)

- ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
 โทรศัพท์..... เบอร์โทรภายใน..... โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail:
- ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
 โทรศัพท์..... เบอร์โทรภายใน..... โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail:

วิธีการจัดส่งผลิตภัณฑ์

- โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ไปรับเองที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ส่งให้โรงพยาบาลโดยตรง (ระบุ)
 ทางรถโดยสารประจำทาง / รถตู้โดยสารประจำทาง : บริษัท.....
 บริษัทการบิน.....
 บริษัทขนส่งสินค้า : เช่น บริษัท INTER EXPRESS LOGISTICS
 การรถไฟแห่งประเทศไทย.....
 จัดส่งได้เฉพาะวันทำการ จัดส่งได้ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ
- โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และปริมณฑลให้มารับด้วยตนเองที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

หมายเหตุ: หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ หรือวิธีการจัดส่ง กรุณาแจ้งข้อมูล
 ที่ หน่วยจัดส่งโลหิตและผลิตภัณฑ์ ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ฯ
 โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 ต่อ 1015 โทรสารหมายเลข 0-2252-4028

ลงชื่อ (ผู้ให้ข้อมูล).....
 ตำแหน่ง.....

ใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ สำหรับโรงพยาบาล

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

ลำดับ	น้ำยาและผลิตภัณฑ์เซลล์	จำนวนเบิก (ขวด/ชุด)	ลำดับ	ผลิตภัณฑ์	จำนวนเบิก (ขวด / ชุด)
1	Anti-A (Murine MoAb) 10 mL		26	HBIG (2 mL:200 IU/mL)	
2	Anti-B (Murine MoAb) 10 mL		27	HRIG (5 mL:150 IU/mL)	
3	Anti-A,B (Murine MoAb) 10 mL		28	HTFDC (200 IU/Bottle)	
4	Anti-A ₁ (Murine MoAb) 10 mL		29	Human Albumin 20 % (50 mL) **	
5	Anti-H (Murine MoAb) 10 mL		30	Single Empty Bag 500 mL (ชุด)	
6	Anti-M (Murine MoAb) 10 mL		31	Triple Empty Bag 500 mL (ชุด)	
7	Anti-N (Murine MoAb) 10 mL		32	4 % Sodium Citrate 500 mL (ถุง)	
8	Anti-Human Globulin (anti-IgG/anti-C3d) (Rabbit and Murine MoAb) 10 mL		33	Copper sulphate Solution 1.052 S.G. (450 mL)	
9	Anti-D (IgM/IgG) (Human MoAb) 10 mL		34	Copper sulphate Solution 1.053 S.G. (450 mL)	
10	Anti-D (IgG) (Human MoAb) 10 mL				
11	Anti-E (Human MoAb) 5 mL				
12	Anti-c (Human MoAb) 5 mL				
13	Anti-Mi ^a (Human MoAb) (IgM) 5 mL				
14	Anti-Human Globulin (anti-IgG) (Rabbit) 10 mL				
15	Anti-P1 (Human MoAb) (IgM) 5 mL				
16	LISS (Low-Ionic Strength Salt Solution) 10 mL				
17	Alsever Solution (For Red Blood Cells Suspension) 400 mL				
18	3% A cells, B cells (ABO reverse grouping) 10 mL				
19	3% O ₁ cells, O ₂ cells (Antibody Screening) 10 mL			** กรุณาสอบถามก่อนเบิกผลิตภัณฑ์	
20	3% O cells (Mi ⁺ , Di ⁺) (Antibody Screening) 10 mL				
21	3% Panel cells (O ₁ - O ₁₁) (Antibody Identification) 10 mL				
22	3% Coombs Control Cells (For Antiglobulin test) 10 mL				
23	3% Rh Negative Cells (Control Cells for Rh typing) 10 mL				
24	3% Papainized screening cells 10 mL (O ₁ , O ₂) (Antibody Screening) 10 mL				
25	3% Papainized panel cells (O ₁ - O ₁₁) (Antibody Identification) 10 mL				

ลงชื่อ..... ผู้เบิก (ตัวบรรจง)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ โปรดตรวจสอบความเรียบร้อยในใบขอใช้ให้ถูกต้องก่อนส่งไปยังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ฯ
 ส่งใบขอใช้น้ำยาและผลิตภัณฑ์ที่ โทรสารหมายเลข 0-2252-4028 หรือที่ E-mail : blood_distribution@redcross.or.th
 ติดต่อสอบถามที่ฝ่ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99 หรือ 0-2252-4106 ต่อ 1015

แบบฟอร์มเลขที่ VSP 004/007

แก้ไขครั้งที่ 12/0164

ใบแจ้งการจัดส่งส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์

ถึง ภาควิชาโลหิตแห่งชาติ / โรงพยาบาล.....

กรุณาไปรับ : ส่วนประกอบโลหิต (หน่วยเป็นยูนิต)

จำนวน.....กล่อง

รายการ / หมู่โลหิต	A	B	O	AB
LDPRC				
PRC				
LPRC				
PC				
LPPC				
LDSDP				
FFP				
CRYO				

น้ำยา Antiserum

เซลล์มาตรฐาน

อื่นๆ ได้แก่.....

สถานที่รับ :

- บริษัทการบินไทย/นกแอร์/..... เที่ยวบินที่.....
- บริษัททัวร์ / รถตู้โดยสารประจำทาง
- บริษัทขนส่งสินค้า.....ส่งถึง โรงพยาบาล (รับของ ณ ธนาคารเลือด / คลังยาของ โรงพยาบาล)
- การรถไฟแห่งประเทศไทย ขบวนที่.....
- อื่นๆ.....

ในวันที่..... เวลา.....น.

จาก ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โทรศัพท์หมายเลข 0-2263-9600-99, 0-22524106-9, ต่อ 1004, 1000, 1001

แบบตอบรับ (กรุณา FAX กลับทั้งใบ)

เมื่อได้รับส่วนประกอบโลหิตหรือผลิตภัณฑ์ที่ส่งให้แล้ว กรุณาตอบรับแล้วส่งกลับมายังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อยืนยันว่าท่านได้รับของแล้ว ไม่มีตกค้างสูญหายโดยส่ง FAX / e-mail / Line กลับมาที่หน่วยจัดส่งโลหิตและผลิตภัณฑ์ ฝ่ายจ่ายโลหิตฯ โทรสารหมายเลข 0-2252-8864 / blood_distribution@redcross.or.th / Line ID : 063-4749542

ได้รับส่วนประกอบโลหิตหรือผลิตภัณฑ์ ที่ศูนย์ฯ ส่งให้เรียบร้อยแล้ว ในวันที่.....เวลา.....น.

- อุณหภูมิภายในกล่อง.....°C (ถ้าสามารถวัดได้)
- จำนวนโลหิต / ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับ ครบ ไม่ครบ (ระบุ).....
- สภาพของโลหิต / ผลิตภัณฑ์ ดี ไม่ดี เนื่องจาก.....
- ระยะเวลาในการจัดส่ง รวดเร็ว ล่าช้า เนื่องจาก.....
- สถานที่รับโลหิต / ผลิตภัณฑ์ สะดวก ไม่สะดวก เนื่องจาก.....
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้รับ (ตัวบรรจง) ตำแหน่ง.....

ใบข้อมูลการคืน FFP / CRP / Cryoprecipitate

ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

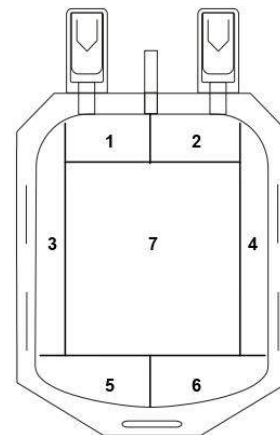
หมายเลขสมาชิก..... โทรศัพท์ หมายเลข.....

ข้อมูล ส่วนประกอบโลหิตที่แตก FFP CRP Cryoprecipitate อื่นๆ.....

เบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติ

เบิกจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ลำดับที่	ชนิดส่วนประกอบโลหิต	Unit number	ตำแหน่งที่แตก
1			
2			
3			
4			
5			



รวม.....ถุง

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน วันที่.....

- หมายเหตุ - พลาสมาแช่แข็ง ที่ขอคืน ต้องอยู่ในระยะเวลานานไม่เกิน 3 เดือนนับจากวันที่จ่ายออก
 - เม็ดเลือดแดง ที่ขอคืนต้องอยู่ในระยะเวลานานไม่เกิน 15 วัน นับจากวันที่จ่ายออก

ให้ส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมรูปถ่ายถุงที่แตก (ไม่ต้องส่งถุงจริง) มาที่ หน่วยจัดส่งโลหิตและผลิตภัณฑ์
 ฝ้ายจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โทรสารหมายเลข 0-2252-8864
 หรือ E-mail : blood_distribution@redcross.or.th หรือ Line ID : 063-4749542
 หรือที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ที่ท่านใช้บริการ



ใบเบิก APHERESIS PRODUCTS
HEMAPHERESIS DEPARTMENT
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โรงพยาบาล.....วันที่เบิก.....
 ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....เพศ.....
 หมู่โลหิต.....โรค.....วันที่ใช้.....
 แพทย์ผู้ขอเบิก.....เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด.....
 เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

Leukocyte – depleted single donor platelets (LSDSP)Unit
 Leukodepleted plateletpheresis PAS-CUnit
 PI Psoralen-treated Plateletpheresis PAS-CUnit
 Leukocyte – depleted single donor red cells (LSDSR)Unit
 Single donor granulocytes (SDG)Unit
 Quarantine plasma (500 mL)Unit
 Pediatric leukodepleted platelet concentrate (PLDPC)Unit

คำสั่งพิเศษ

- IRRADIATED
 HLA matched
 (Patient's HLA typing A_____, B_____)
 HLA crossmatched

หมายเหตุ

.....

ติดต่อฝ่ายรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน (Hemapheresis department)
 โทรศัพท์ 02-2639600-99 ต่อ 1143, 1144
 สายตรง 02-2500563 โทรสาร 02-2500563, 02-2520282
 อีเมลล์ aph_nbc@redcross.or.th

Request for Red cell serology

Reference laboratory centre, National blood centre, Thai Red Cross Society

Address : 1871 Henry Dunant Road, Pathumwan, Bangkok 10330
 Email : Redbloodcell_nbc@redcross.or.th
 Phone : 02-2639600 - 1330, 1331

Hospital Information		For Staff RBC	
Hospital Name	Code :	Receiver :	
Phone number	E-mail	Receive date :	
Requester		Sample No :	

Patient Information			
Name	Surname	Date of birth	Age Years
National ID/Passport No.	Ethnicity	Blood group ABO	Rh(D)
			
Diagnosis		Hb (g/dl)	Hct (%)
Chief complaints			

History of pregnancy	
Detail :	
Rhlg	Receive date :

History of Drug / Monoclonal Ab / IVIg	
Detail :	
Receive date :	

Result of blood group									
Method :									
Direct grouping							Indirect grouping		
Anti-A	Anti-A1	Anti-B	Anti-A,B	Anti-H	Anti-D	A Cells	A ₂ Cells	B Cells	
CTT									
CAT									
Slide									

History of Bonemarrow/Organ transplant	
Detail :	
Date of transplant :	
Blood group before transplant :	
Blood group of donor :	

History of blood transfusion			
Product	Date	Blood Gr.	Amount

Result of Screening Antibody							
Screening cells lot :							
Method :							
CTT				Company (CAT) :			
RT	37 C	IAT	Enz	IAT	Enz		
O ₁							
O ₂							
O ₃							
DAT :	Method :			Type :			

Test request

Reason		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigation of pre-transfusion	Prenatal study and HDFN	Investigation of transfusion
ABO Confirmation	Confirm ABO	Transfusion investigation
Rh(D) Confirmation	Confirm Rh(D)	
Antigen typing Amount :	Antibody titration	
	Cause of HDFN	
DAT	Antibody screening & Identification	
Antibody screening & Identification	DAT in newborn	
Compatibility test		

Blood request			
Date of use :			
Amount :	Units		
Transportation :			

Specimens		
EDTA	Collection date	Result : HIV Test
Serum	Collection date	
Saliva	Collection date	

ไบเบิ้ลโลहित กรณีส่งตรวจเลือดมีปัญหา
งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

ร.พ.....

ชื่อผู้ป่วย.....

ส่งตรวจเลือดมีปัญหา ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

วันที่.....เวลา.....น.

โทรศัพท์ 02-263-9600 ต่อ 1330,1331

หมายเหตุ กรุณาสอบถามหลังจากงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดงได้รับตัวอย่าง 1 วัน

หากมีความจำเป็นรีบด่วนกรุณาโทรติดต่อกลับ

แบบฟอร์มเลขที่ WSP 212/002

แก้ไขครั้งที่ 07/0604

แบบฟอร์มแจ้งส่งตัวอย่างตรวจในงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

Home	แบบฟอร์มแจ้งส่งตัวอย่างตรวจในงานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ภาคบริการ.....								สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง				
วันที่จัดส่ง	เวลาที่จัดส่ง	สิ่งที่ต้องการส่ง (ตัวอย่าง/ผลิตภัณฑ์)	โรงพยาบาล	ชื่อ (ผู้ป่วย)	นามสกุล (ผู้ป่วย)	รายละเอียดผลิตภัณฑ์ โลหิต (ชนิด/Unit No.)	ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้จัดส่ง	เหตุผลในการส่งผลิตภัณฑ์	เจ้าหน้าที่ผู้รับตัวอย่าง	รับ/ปฏิเสธ	วันที่และเวลาที่รับตัวอย่าง	ผู้ตรวจสอบ	หมายเหตุ

แบบฟอร์มเลขที่ WSP212/003

แก้ไขครั้งที่ 02/0664

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง	
ผู้รับ	วันที่

Order No.

ใบขอเบิกโลหิตหายาก

งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

โทร. 0-2263-9600 ต่อ 1330, 1331 E-mail : Redbloodcell_nbc@redcross.or.th

(กรุณารอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนเพื่อใช้สำหรับตรวจสอบประวัติและติดต่อกลับ)

โรงพยาบาล

รหัสโรงพยาบาล



โทรศัพท์

E-mail

ชื่อผู้ป่วย

นามสกุล

หมายเลขบัตรประชาชน



Passport No.



หมู่โลหิตผู้ป่วย



วันเดือนปี เกิด

อายุ (ปี)

Diagnosis

ผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ



ต้องการใช้โลหิตวันที่

จำนวน

ยูนิต

หมายเหตุ

หมู่โลหิตที่ต้องการ



แอนติเจนที่ต้องการ

การจัดส่งโลหิต

เจ้าหน้าที่ผู้ขอโลหิต

หมายเหตุ: หากได้โลหิตไม่ครบตามจำนวนที่เบิกและยังมีความต้องการใช้อยู่ กรุณาส่งใบขอเบิกมาใหม่อีกครั้ง

แบบฟอร์มเลขที่ WSP212/006

แก้ไขครั้งที่ 10/0664



แบบฟอร์มแจ้งการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โทรศัพท์ 02-2639600-99

ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ต่อ 1330-1331 E-mail : Redbloodcell_nbc@redcross.or.th

ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด ต่อ 1310-1312 E-mail : hlanbc@redcross.or.th

โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	
ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย	ชื่อ-นามสกุล	
จำนวน	จำนวนราย(งาน Current/PRA)	ราย ตามไฟล์แนบ
Sample No./Unit NO.	Sample No.	งาน งาน
วันที่/เวลา	วันที่เวลา	HN. HN

Reject Codes

- R1 ส่งตรวจผิดห้องปฏิบัติการ
- R2 สิ่งส่งตรวจไม่มีป้ายหรือฉลากแสดงชื่อ-นามสกุล
- R3 ไม่มีชื่อ-นามสกุลในใบขอส่งตรวจ
- R4 ชื่อ-นามสกุลในใบขอส่งตรวจกับภาชนะสิ่งส่งตรวจไม่ตรงกัน
- R5 การส่งสิ่งส่งตรวจโดยไม่มีใบขอส่งตรวจหรือใบขอส่งตรวจผิดประเภท
- R6 ไม่ระบุรายการขอตรวจ
- R7 สิ่งส่งตรวจผิดประเภทหรือเก็บสิ่งส่งตรวจในภาชนะผิดประเภท
- R8 สิ่งส่งตรวจหกเลอะภาชนะที่เก็บสิ่งส่งตรวจ
- R9 ปริมาตรสิ่งส่งตรวจไม่ได้สัดส่วน
- R10 ส่งสิ่งส่งตรวจมีอายุเกินเวลาที่กำหนดซึ่งอาจทำให้คุณภาพสิ่งส่งตรวจลดลง
- R11 ไม่ระบุเวลาในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย สำหรับการทดสอบที่เวลามีผลกระทบ
- R12 สิ่งส่งตรวจมี Hemolysis ไม่สามารถทดสอบได้
- R13 สิ่งส่งตรวจ Clot ไม่สามารถทำการทดสอบได้
- R14 สิ่งส่งตรวจมีความหนืดหรือข้นมากเกินไปจนไม่สามารถทำการทดสอบได้
- R15 ปริมาณสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ
- R16 ขั้นตอนการขนส่งไม่ได้ควบคุมอุณหภูมิตามที่กำหนด
- R17 ใบขอตรวจ ไม่มีชื่อ-นามสกุล ผู้ส่งตรวจ
- R18 ส่งสิ่งส่งตรวจโดยไม่ได้แนบหมายส่งตรวจ
- R19 น้ำลายไม่ผ่านการต้ม
- R20 อื่นๆ อื่นๆ

หมายเหตุ	หมายเหตุ
ชื่อ-นามสกุล ผู้รับเรื่อง	ชื่อผู้รับเรื่อง วันที่,เวลา วันที่,เวลา
ชื่อ-นามสกุล ผู้แจ้งเรื่อง	ชื่อผู้แจ้ง วันที่,เวลา วันที่,เวลา

HLA LABORATORY



Reference Laboratory Centre,
National blood centre, The Thai Red Cross Society
Tel. 0-2263-9600-99 ext. 1310-1312 Fax. 0-2255-6925
E-mail: hlanbc@redcross.or.th

เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff only)

HLA Patient/Donor ID _____

GRID: _____

(สำหรับ Unrelated Stem Cell Donor เท่านั้น)

ABMDR ID: _____ Local ID: _____

Sample No. _____

Name (Mr./Mrs./Ms./Other) _____ Surname _____

Date of birth _____ National ID _____ Race _____ Age _____

Hospital _____ Ward _____ H.N. _____ Clinical Dx. _____

Tel. _____ ส่งรายงานผลทาง E-mail _____

Request date _____ Collection date _____ Time _____

กรุณากรอกข้อมูล ABO blood group กรณีส่งตรวจเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
(Please fill the ABO blood group in case of organ transplantation, stem cell transplantation)

 Recipient (ABO blood group _____) ขอยืนยันว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ Acute Leukemic phase (เฉพาะผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต)

 Donor (ABO blood group _____), Relationship to recipient _____ specify name of recipient _____

หมายเหตุ: กรณีส่งตรวจเฉพาะผู้บริจาคเพื่อเปรียบเทียบผล HLA typing กับผู้ป่วย โปรดแนบผล HLA typing ของผู้ป่วยด้วย
(To request only donor matching, please attach previous recipient HLA result)

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ แพทย์ผู้ส่งตรวจ (Physician's sign) _____
(I hereby certify that all the statements true and correct) (_____)

HLA for organ transplantation*

- HLA typing (A,B,DR,DQ low resolution) / EDTA blood 3 ml
 HLA autoantibody / ACD blood 50 ml, Clotted blood 12 ml
 HLA crossmatching / ACD blood 50 ml, Clotted blood 12 ml
 Repeat crossmatch / ACD blood 50 ml, Clotted blood 12 ml
 Crossmatch by flow cytometry / ACD blood 20 ml, Clotted blood 6 ml

*ขนส่งเลือดที่อุณหภูมิห้อง ห้ามแช่เย็น

 HLA typing for search unrelated bone marrow donor**HLA typing in low resolution**

/ EDTA blood 6 ml or DNA 50 µl, DNA from amniotic fluid ≤10 µl

- HLA-A HLA-DRB1/3/4/5
 HLA-B HLA-DQB1
 HLA-C

HLA antibody

- HLA antibody screening (LSM) / Clotted blood 6 ml
 HLA antibody (PRA) / Clotted blood 6 ml
 HLA antibody (PRA) คู่วัน / Clotted blood 6 ml
 HLA,HNA antibody (TRALI) / Clotted blood 6 ml

HLA typing in high resolution

/ EDTA blood 6 ml or DNA 50 µl, DNA from amniotic fluid ≤10 µl

- HLA-A HLA-DRB3/4/5
 HLA-B HLA-DQB1
 HLA-C HLA-DPB1
 HLA-DRB1

Deceased donor

- Infectious marker (deceased donor)
 HLA typing + HLA crossmatching
 HLA crossmatching for heart transplantation

HLA for disease associated / EDTA blood 3 ml

- HLA-B27
 ระบุ HLA antigen _____

เฉพาะเจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ (Staff only)

ส่งตรวจ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง Reject เนื่องจาก _____

เจ้าหน้าที่ส่งตรวจ _____ ผู้ตรวจสอบ _____ วันที่รับ _____ เวลา _____ น.

ลำดับ _____ หมายเหตุ _____



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
สภากาชาดไทย

ใบจองส่งตรวจ HLA LAB

for Kidney and Liver transplantation

งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1310-1312 โทรสาร 0-2255-6925

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	วันที่ Fax ใบจอง _____ เวลา _____
	วันที่ E-mail ใบจอง _____ เวลา _____
โรงพยาบาล _____	วันที่จองส่งตรวจ _____
ประเภท <input type="checkbox"/> HLA crossmatching by flow cytometry	
<input type="checkbox"/> Living จำนวน _____ คู่	
ชื่อ-นามสกุล คนไข้	ชื่อ-นามสกุล ผู้บริจาค
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
เจ้าหน้าที่ _____	หมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ _____
หมายเลข Fax ที่สามารถติดต่อได้ _____	E-mail ที่สามารถติดต่อได้ _____
สำหรับเจ้าหน้าที่ HLA LAB	วันที่รับใบจอง _____ เวลา _____
ผลการจอง	
<input type="checkbox"/> สามารถรับตรวจได้ จำนวน _____ ราย	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับตรวจได้ เนื่องจาก _____	
วันที่ Fax ยืนยันผลการจอง _____ เวลา _____	วันที่ E-mail ยืนยันการจอง _____ เวลา _____
เจ้าหน้าที่ _____	

- หมายเหตุ :
1. กรุณาทำการโทรจอง Fax และ E-mail ใบจองส่งตรวจ ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ก่อนวันที่ส่งตรวจ
 2. สามารถรับตรวจคนไข้และผู้บริจาค รวมไม่เกิน 4 ราย/วัน
และ HLA crossmatching by flow cytometry สามารถรับตรวจได้ 2 ราย/วัน (1 คู่)
 3. กรุณานำใบจองส่งตรวจที่ได้รับการยืนยันผลการจอง มาในวันที่ส่งส่งตรวจด้วย
 4. กำหนดการส่งส่งตรวจไม่เกินเวลา 12.00 น.
 5. กรณีโรงพยาบาลที่ส่งจากต่างจังหวัดจะติดต่อประสานงานเป็นกรณีไป



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
สภากาชาดไทย

HLA Antibody

HLA Patient/Donor ID.....

Sample No.

งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1310-1312 โทรสาร 0-2255-6925

Name (Mr./Mrs./Ms./Other) _____ Surname _____	
Date of birth _____ National ID _____ Race _____ Age _____	
Hospital _____ ward _____ H.N. _____	
Clinical Dx. _____ Tel. _____ E-mail _____	
Request date _____ Collection date _____ time _____	
Blood group of patient _____ Rh _____	
Transplanted organ <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Heart <input type="checkbox"/> Lung <input type="checkbox"/> Bone marrow	
Phase of transplantation <input type="checkbox"/> Pre-transplantation <input type="checkbox"/> Post-transplantation Date of transplanted/...../.....	
Type of transplantation <input type="checkbox"/> Living-related <input type="checkbox"/> Living-unrelated <input type="checkbox"/> Deceased donor	
Donor name (Mr./Mrs./Ms./Other) _____ Surname _____ Age _____	
Or Donor ID _____	
ขอรับรองว่าข้อความข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ / แพทย์ผู้ส่งตรวจ _____ ตัวบรรจง (_____)	
<p>รายการส่งตรวจ HLA Antibody</p> <p><input type="checkbox"/> HLA antibody screening</p> <p><input type="checkbox"/> Single Antigen Bead for HLA class I (SAB I)</p> <p><input type="checkbox"/> Single Antigen Bead for HLA class II (SAB II)</p> <p>*Specimen: Clotted blood 6 ml</p> <p>* กรุณาแนบใบรายงานผลตรวจ HLA typing ของผู้ป่วยและผู้บริจาคด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)</p> <p>* กรุณาแนบใบรายงานผลตรวจ HLA antibody ครั้งล่าสุด (กรณีมีผลการตรวจ)</p>	<p>กรณี มีผลตรวจ HLA antibody screening กรอกข้อมูลต่อไปนี้</p> <p>Class I <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative</p> <p>Class II <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative</p> <p>วันที่ส่งตรวจ (ครั้งล่าสุด)...../...../.....</p> <p>ประวัติ อื่นๆ (ระบุวันที่ครั้งล่าสุด)</p> <p><input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับผลิตภัณฑ์โลหิต...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับ Intravenous Immunoglobulin (IVIG)/...../.....</p>
<p>เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ ส่งตรวจ <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> Reject เนื่องจาก.....</p> <p>เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ.....ผู้ตรวจสอบ.....วันที่รับ.....เวลา.....น. ลำดับ.....</p> <p>หมายเหตุ.....</p>	



Henri-Dunant Road Pathumwan Bangkok Thailand 10330

Phone: 0-2263-9600 ext 1310-1312 Fax: 0-2255-5558

E-mail: hlanbc@redcross.or.th

ภาคผนวกเลขที่ 21.1 หน้า 1/3

แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ Transfusion-related acute lung injury (TRALI)

Patient name(Mr./Mrs./Ms./Other) _____		Surname _____		Age _____	
Hospital _____		H.N. _____		Blood group (ABO/Rh) _____	
Transfusion date/time (start to finish) _____		Tel. _____		Fax. _____	
Blood product received during or within 6 hours					
<input type="checkbox"/> Whole blood (WB) จำนวน _____ unit		<input type="checkbox"/> Fresh frozen plasma (FFP) จำนวน _____ unit			
<input type="checkbox"/> Packed red cell (PRC) จำนวน _____ unit		<input type="checkbox"/> Cryoprecipitate จำนวน _____ unit			
<input type="checkbox"/> Leukocyte poor packed red blood cell (LPRC) จำนวน _____ unit		<input type="checkbox"/> Platelet Concentrate (PC) จำนวน _____ unit			
<input type="checkbox"/> Leukocyte-reduced red blood cell (LRPRC) จำนวน _____ unit		<input type="checkbox"/> Single Donor Platelet (SDP) จำนวน _____ unit			
<input type="checkbox"/> Albumin จำนวน _____ vial		<input type="checkbox"/> IVIG จำนวน _____ vial			
Clinical Feature					
1. Occurrence of acute onset acute lung injury during or within 6 hours of cessation of transfusion		<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	
2. Arterial Blood Gas		<input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mm Hg		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Arterial Oxygen Saturation < 90%		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> N/A	
3. Chest X-ray		<input type="checkbox"/> Bilateral infiltrates with no evidence of left atrial hypertension		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Normal heart size with no vascular congestion		<input type="checkbox"/> Normal to Increased heart size with vascular congestion <input type="checkbox"/> N/A	
4. Blood pressure		<input type="checkbox"/> Hypotension		<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> N/A	
5. Response to diuretics		<input type="checkbox"/> Worsens		<input type="checkbox"/> Improves <input type="checkbox"/> N/A	
6. Temporal relationship to an alternative risk factor for ALI, during or within 6 hours of completion of transfusion					
<input type="checkbox"/> Yes (if yes, please tick the syndrome below) <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Direct Lung Injury, <input type="checkbox"/> Aspiration, <input type="checkbox"/> Pneumonia, <input type="checkbox"/> Toxic inhalation, <input type="checkbox"/> Lung contusion, <input type="checkbox"/> Near drowning, <input type="checkbox"/> Cardiopulmonary bypass <input type="checkbox"/> Indirect Lung Injury, <input type="checkbox"/> Severe sepsis, <input type="checkbox"/> Shock, <input type="checkbox"/> Multiple trauma, <input type="checkbox"/> Burn injury, <input type="checkbox"/> Acute pancreatitis, <input type="checkbox"/> Drug overdose					
7. Other clinical evidence, please provide us with more details :					
Clinical diagnosis		<input type="checkbox"/> TRALI		<input type="checkbox"/> TRACO <input type="checkbox"/> Other _____	

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ/ แพทย์ผู้วินิจฉัย _____ date/time _____

ตัวบรรจง (_____)

Reference Laboratory Centre, National Blood Centre, Thai Red Cross Society
 Henri-Dunant Road Pathumwan Bangkok Thailand 10330
 Phone: +662-263-9600 ext 1310, 1312 Fax: +662-255-6925
 E-mail: hlanbc@redcross.or.th



Stem Cell Processing Request

Patient ID.....

Donor ID.....

Unit No.

Patient's Name – Surname H.N Body weight Blood gr
 Date of Birth National ID Clinical diagnosis
 Hospital Ward Telephone Fax/ E-mail

Donor's Name – Surname H.N Body weight Blood gr
 Date of Birth National ID ABMDR/GRID ID
 Hospital Ward Telephone Fax/ E-mail

Type of Donor Collection Autologous Allogenic (Related) Allogenic (Unrelated)
 Type of Stem Cell Bone marrow Peripheral Blood Stem Cell Donor Lymphocyte

<p>Process</p> <p><input type="checkbox"/> Freezing stem cell date.....</p> <p><input type="checkbox"/> Compatible stem cell processing date.....</p> <p><input type="checkbox"/> Incompatible stem cell processing</p> <p><input type="checkbox"/> Reduce RBC+Plasma date.....</p> <p><input type="checkbox"/> Reduce Plasma date.....</p>	<p>Process</p> <p><input type="checkbox"/> Reinfuse frozen stem cell date.....</p> <p>Detail Bag.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

Note

Unrelated Cryopreserved Note

.....Cryovial /Collection (Volume per tube (ml)...../ Cryovial)
Cryovial /bag (Volume per tube (ml)...../ Cryovial)

Physician

(.....)

<p>ผู้ประสานงานการเก็บ Stem cell</p> <p>ชื่อผู้ประสานงาน</p> <p>Telephone <input type="checkbox"/> E-mail.....</p>	<p>สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเมล็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด</p> <p>ติดต่อขอกลับทางเพื่อแจ้ง <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> E-mail</p> <p>เจ้าหน้าที่/วันที่.....</p>
<p>หมายเหตุ : 1. กรุณาทำการโทรจองและ Fax ใบ Stem cell Processing Request ล่วงหน้าอย่างน้อย 5 วันก่อนดำเนินการ</p> <p>2. ข้อกำหนดผลิตภัณฑ์มาไม่เกิน 15.00 น.</p>	
<p>เจ้าหน้าที่รับผลิตภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> สอดคล้อง <input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้อง เนื่องจาก..... ทำการโทรแจ้งแพทย์ชื่อ..... แพทย์ ให้ดำเนินการ.....</p> <p>เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ ผู้ตรวจสอบ..... วันที่รับ..... เวลา..... น. ลำดับ</p> <p>หมายเหตุ</p>	



HLA Patient/ Donor ID.....

Unit No.

Flow Cytometry Laboratory Request

Reference Laboratory Centre, National Blood Centre,

Thai Red Cross Society, Henri Dunant Road, Phatumwan Bangkok 10330

Tel. 662-2639600 ext.1310, 1312

Patient Name _____ Date of Birth _____ Age _____ Sex _____ National ID _____ HN _____ Body weight _____ Blood gr. _____ Clinical diagnosis _____	
Donor Name _____ Date of Birth _____ Age _____ Sex _____ National ID _____ HN _____ Body weight _____ Blood gr. _____ ABMDR/GRID ID _____	
Hospital _____ Ward _____ Co-ordinator _____ Clinician _____ Collected Date/Time _____ Requested Date _____ Tel _____ E-mail _____	
Sample type and Sample number	
<input type="checkbox"/> Peripheral Blood Pre Collection <input type="checkbox"/> Peripheral Blood Stem Cell <input type="checkbox"/> Bone Marrow	Stem cell type <input type="checkbox"/> Autologous <input type="checkbox"/> Allogeneic Related <input type="checkbox"/> Allogeneic Unrelated
<input type="checkbox"/> Peripheral Blood Post Collection <input type="checkbox"/> Bone Marrow	<input type="checkbox"/> Autologous <input type="checkbox"/> Allogeneic Related <input type="checkbox"/> Allogeneic Unrelated
Blood donor ID (HIIG) _____ QC Sample No (Product) _____	Unit No. _____
Laboratory Request <input type="checkbox"/> CD34 Enumeration <input type="checkbox"/> CD3/CD4/CD8 Enumeration <input type="checkbox"/> Blood gr.	Specimen collection CD34, CD3/CD4/CD8 enumeration:- Peripheral Blood Stem cell, EDTA Blood, Bone Marrow (minimum vol. 1 ml.)

Please specify Peripheral Blood Stem cell/ Bone Marrow unit/Cord Blood vol. _____ ml

เจ้าหน้าที่รับสิ่งส่งตรวจ _____ เจ้าหน้าที่รับสิ่งส่งตรวจ _____ ผู้ตรวจสอบ _____ วันที่รับ _____ เวลา _____ น. ตำบล _____ หมายเหตุ _____	สิ่งส่งตรวจ <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> Reject เนื่องจาก..... วันที่รับ _____ เวลา _____ น. ตำบล _____
--	---

แบบฟอร์มเลขที่ WPI331.01/002

แก้ไขครั้งที่ 05/0764



Thai National Stem Cell Donor Registry (TSCDR)
National Blood Centre, Thai Red Cross Society
Henri Dunant Road Pathumwan Bangkok 10330 Thailand
Phone: 662-2639600-99 ext. 1301, 1314 Fax: 662-2556925
E-mail: tscdr.coordinators@redcross.or.th

UNRELATED STEM CELL DONOR SEARCH REQUEST

Date of Request: dd/mm/yyyy		Is this search urgent?	Yes	No
TSCDR Patient ID:		Are mismatches accepted?	Yes	No

International Search Requested?	Yes	No	Cord Blood search requested?	Yes	No
--	-----	----	-------------------------------------	-----	----

First Name (English):					Last Name (English):		
(Thai)					(Thai)		
National ID.							
Date of birth: dd/mm/yyyy		ABO:		RH:		Weight:	Kg

*Patient must have the at least HLA-A,B,DRB1 for MUD search registration

Diagnosis:				Sex:	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Date of Diagnosis: dd/mm/yyyy				Race:	<input type="checkbox"/> Thai	<input type="checkbox"/> Other(specify)
Requesting Hospital:				Coordinator:		
Telephone:			Fax:			E-mail:
Transplant Centre:				Physician:		

Patient HLA Class I Typing Results:			
	HLA-A	HLA-B	HLA-C
First antigen:			
Second antigen:			
Testing method:	<input type="checkbox"/> Sero. <input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Sero. <input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Sero. <input type="checkbox"/> DNA

Patient HLA Class II Typing Results:			
	HLA-DRB1	HLA-DRB3/4/5	HLA-DQB1
First antigen:			
Second antigen:			
Testing method:	<input type="checkbox"/> Sero. <input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Sero. <input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Sero. <input type="checkbox"/> DNA

Payment Information

Name:		
Address:	Tel:	FAX:
	e-mail:	

แบบฟอร์มแจ้งการส่งสิ่งส่งตรวจ

งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

กรุณาไปรับสิ่งส่งตรวจ ทั้งหมด เป็นจำนวน.....กล่อง

วิธีการส่งตัวอย่าง (ระบุเที่ยวโดยสารที่จัดส่ง หรือหมายเลขไปรษณีย์)	งานบริการที่ส่งตัวอย่าง
<input type="checkbox"/> บริษัทการบินไทย เที่ยวบินที่	<input type="checkbox"/> งาน HLA
<input type="checkbox"/> บริษัททาว์	<input type="checkbox"/> งาน platelet antibody/crossmatch
<input type="checkbox"/> การรถไฟแห่งประเทศไทย	<input type="checkbox"/> งาน current serum
<input type="checkbox"/> ทางไปรษณีย์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)

วันที่ส่งตัวอย่าง/...../..... เวลา ออก.....น. ถึง (เวลาประมาณ).....น.

ชื่อผู้ประสานงาน.....

โรงพยาบาล.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

หมายเหตุ กรุณา FAX แบบฟอร์มแจ้งการส่ง specimens มาที่ โทรเลข 0-2255-6925

บันทึกการตรวจรับตัวอย่าง (เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด ได้รับสิ่งส่งตรวจเรียบร้อยแล้ว

วันที่/...../..... เวลา..... น. (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับ

รายละเอียดวัสดุที่ได้รับ

จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ครบ	<input type="checkbox"/> ไม่ครบ	รายการที่ไม่ได้รับ.....
สภาพของผลิตภัณฑ์	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี	เนื่องจาก.....
ระยะเวลาในการจัดส่ง	<input type="checkbox"/> รวดเร็ว	<input type="checkbox"/> ล่าช้า	เนื่องจาก.....
สถานที่รับผลิตภัณฑ์	<input type="checkbox"/> สะดวก	<input type="checkbox"/> ไม่สะดวก	เนื่องจาก.....

สำหรับงาน platelet antibody/crossmatch

ทางโรงพยาบาลสามารถโทรศัพท์สอบถามผลการตรวจได้ดังนี้

สอบถามผลได้ที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดหมายเลข 0-2263-9600 ต่อ 1310, 1312

- สามารถส่งตรวจ HLA/HPA crossmatch platelet ได้ใน วันที่/...../..... เป็นต้นไป (สอบถามผลได้เวลาประมาณ 16.30 – 17.00 น.)

- ผล platelet antibody screening สอบถามได้ใน วันที่...../...../.....เวลาประมาณ..... น.

(ลงชื่อ)..... ผู้แจ้ง



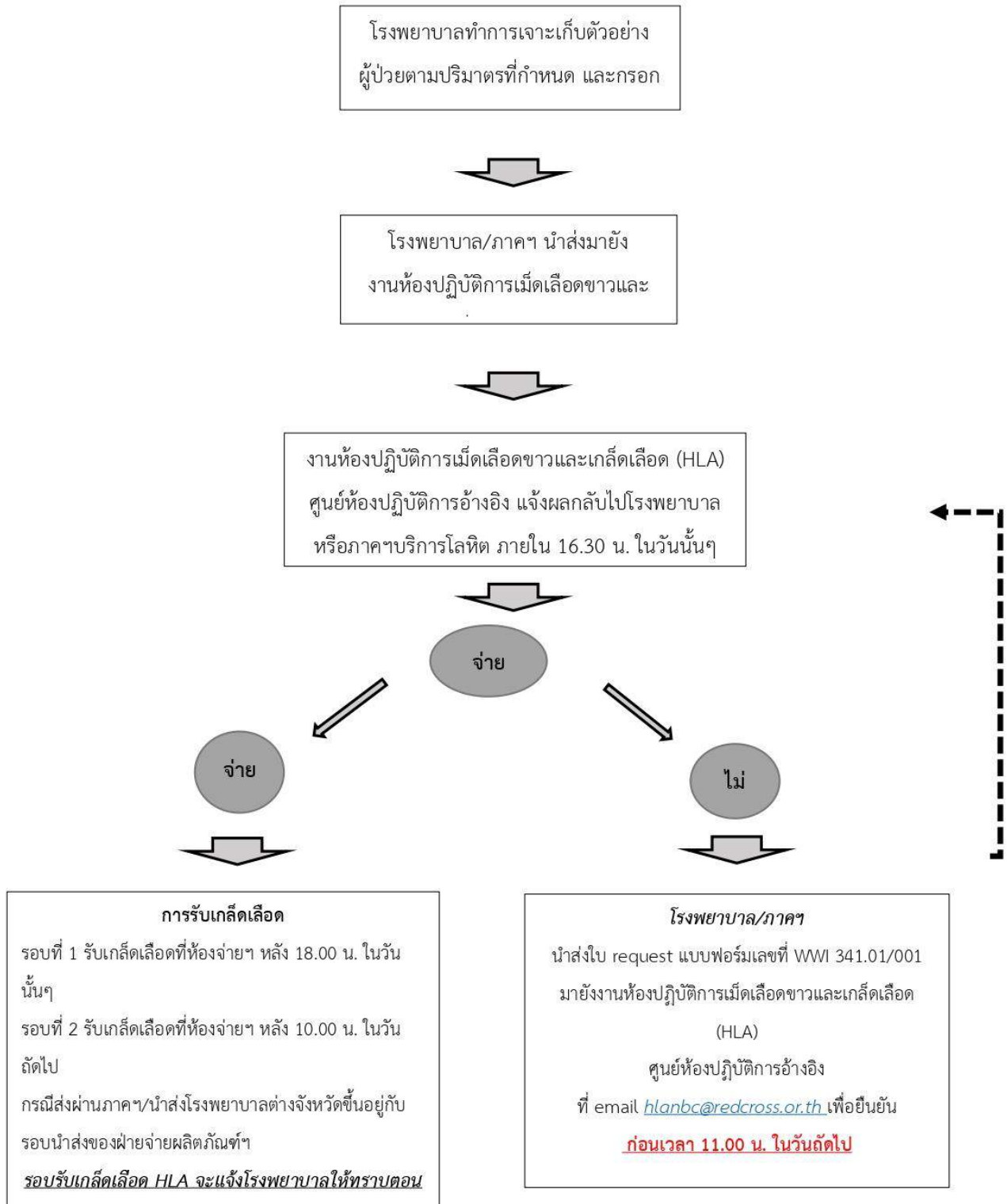
ใบ Request สำหรับการตรวจ Platelet antibody

ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1310-1312 โทรสาร 0-2255-6925 Email: hlabc@redcross.or.th

ประวัติ ผู้ป่วย	
ชื่อ(นาย,นาง,น.ส.,อื่น ๆ).....นามสกุล.....HN.....หมู่โลหิตผู้ป่วย.....	
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....เพศ.....เชื้อชาติ.....	
โรงพยาบาล.....Ward.....Diagnosis.....	
Platelet count.....มีประวัติตั้งครรภ์.....ครั้ง	
ประวัติการได้รับเลือด <input type="checkbox"/> เคยได้รับเลือดมาแล้ว.....ครั้ง เป็น.....จำนวน.....units. ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....	
<input type="checkbox"/> เคยได้รับ platelet transfusion มาแล้ว.....ครั้ง.....จำนวน.....units. ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....	
ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....ส่งรายงานผลทาง E-mail:	
<input type="checkbox"/> Sample ใหม่เจาะวันที่..... ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้ส่งตรวจ.....(ตัวบรรจง)	
<input type="checkbox"/> Sample เก่าส่งเมื่อวันที่..... ** กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจงให้ครบถ้วน **	
รายการตรวจ	ตัวอย่างตรวจ
Platelet Crossmatched/matched Single Donor Platelet (รายงานผล 16.00 น. ในวันที่ขอจองเกล็ดเลือด)	
<input type="checkbox"/> Leukodepleted plateletpheresis PAS-C .....Units.	<input type="checkbox"/> IRRADIATED
<input type="checkbox"/> PI Psoralen-treated Plateletpheresis .....Units.	
คำสั่งพิเศษ <input type="checkbox"/> Crossmatched random single donor platelet (SDP) <input type="checkbox"/> HLA/HPA matched single donor platelet (SDP) (ผู้ป่วยต้องมีผลตรวจ HLA / HPA typing เท่านั้น)	การจัดการส่งผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ส่งผ่านภาค..... <input type="checkbox"/> ส่งตรง รพ. - Clotted blood 10 ml. (ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล) - Clotted blood 10 ml. พร้อมแนบสำเนาผล HLA typing และ/หรือ HPA typing คนไข้
<input type="checkbox"/> Crossmatched Platelet กรณีที่ระบุผู้บริจาคจากโรงพยาบาล ระบุชื่อผู้บริจาค.....	Clotted blood ผู้ป่วย 10 ml. (ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล) และ ACD donor ที่ต้องการ crossmatched 10 ml.
หมายเหตุ ส่งใบ request พร้อม specimens ที่ ศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ก่อน 11:00 น. ของทุกวันทำการ	
Platelet antibody screening (รายงานผล 3 วันทำการ)	
<input type="checkbox"/> Screen for platelet antibody	
<input type="checkbox"/> กรณีสงสัย Alloimmune neonatal thrombocytopenia (ANT) *เขียนใบ request ประวัติคนไข้ ทั้ง พ่อ แม่ และ ลูก	แม่ : Clotted blood 10 ml.(ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล) และ ACD blood 10 ml. พ่อ : ACD blood 10 ml.
<input type="checkbox"/> กรณีสงสัย Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) หรือ Platelet refractoriness	Clotted blood 10 ml. (ห้ามใช้ชนิดที่มีเจล) และ ACD blood 10 ml.
<input type="checkbox"/> สงสัย Drug-dependent antibody *ต้องหยุดยาและค่าเกล็ดเลือดกลับมาปกติ	Clotted blood 10 ml. และ ACD blood 10 ml. พร้อมยาชนิดนี้
Platelet typing (**คำแนะนำ ก่อนการส่งตรวจ Platelet typing ผู้ป่วยควรตรวจ Platelet antibody screening ก่อน)	
<input type="checkbox"/> HLA class I typing (รายงานผล 5 วันทำการ)	EDTA blood 3-5 ml.
<input type="checkbox"/> HPA DNA typing (รายงานผล 7 วันทำการ)	EDTA blood 3-5 ml.
เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ ส่งตรวจ <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> Reject เนื่องจาก	
เจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ.....ผู้ตรวจสอบ.....วันที่รับ.....เวลา.....น. ลำดับ.....	
หมายเหตุ.....)	

ขั้นตอนการส่ง Crossmatch platelet ให้กับผู้ป่วยที่ต้องการใช้เกล็ดเลือด (แบบ One stop service)





ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

แบบฟอร์มการส่ง Current serum PRA

หน้า.....1...../.....1.....

งานห้องปฏิบัติการเฝ้าระวังและคัดเลือด

โทรศัพท์ 0-2263-9600 ต่อ 1310-1312 โทรสาร 0-2255-6925

ผู้ส่ง.....โรงพยาบาล.....

โทรกลับ.....

E-mail

วันที่ส่ง.....วันที่ส่งเอกสารทาง e-mail.....รวมส่งตัวอย่าง current serum จำนวนทั้งหมด.....ราย, PRA จำนวนทั้งหมด

No.	Name	Lastname	H.N.	Collection Date (วัน-ตล-ปี พ.ศ.)	Current serum	PRA	Sample No.	Remark

Remark: 0 = Not test, 1 = Test

เลขที่ใบอนุญาตฯ พพ131001002

แก้ไขครั้งที่ 06/06/64

เลขที่รับ.....

ใบรับคำร้องเรียน / ข้อเสนอแนะจากบุคคลภายนอก

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้ร้องเรียน/เสนอแนะ

ข้อมูลของผู้ร้องเรียน/เสนอแนะ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และกรณีตอบชี้แจง

ชื่อผู้ร้องเรียน/ผู้เสนอแนะ..... นามสกุล.....

เป็นผู้บริจาคโลหิต เป็นผู้มาเบิกโลหิตและผลิตภัณฑ์ต่างๆ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

..... โทรศัพท์.....

เรื่องที่ต้องการร้องเรียน/เสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้จัดการระบบคุณภาพ/หัวหน้าภาคฯ/ผู้รับมอบหมาย

ลงชื่อ..... วันที่.....

ส่วนที่ 3 สำหรับฝ่าย/ภาคฯ ที่เกี่ยวข้อง

ฝ่าย.....

ยอมรับคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ ไม่เกี่ยวข้องกับฝ่าย

3.1 การแก้ไขเบื้องต้น/เหตุผลที่แจ้งว่าไม่เกี่ยวข้อง (ขีดคร่อมข้อความที่ไม่ต้องการ).....

.....

.....

.....

3.2 วิเคราะห์หาสาเหตุตามหัวข้อข้างล่างและเสนอการแก้ไขสาเหตุ หน้าข้อที่ต้องการ แล้วอธิบายเพิ่มเติม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

3.2.1 Man.....

.....

.....

3.2.2 Machine.....

.....

.....

3.2.3 Material.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2.4 Method.....

.....

3.2.5 Management.....

.....

3.2.6 Measurement.....

.....

3.2.7 Environment.....

.....

3.2.8 Other (ระบุ).....

.....

3.3 มาตรการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ (Preventive action).....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ตอบ..... ลงชื่อหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าภาค..... วันที่.....

สำหรับข้อร้องเรียนที่มีความร้ายแรงตามข้อ 3.5 ใน MSP 008 ให้ทำบันทึกถึงผู้อำนวยการฯ ด้วย

ส่วนที่ 4 สำหรับผู้จัดการระบบคุณภาพ/หัวหน้าภาคฯ/ผู้รับมอบหมาย

ปิดประเด็น ให้พิจารณาใหม่ (จัดทำเอกสารแนบ) ในหัวข้อ.....

ข้อสังเกต/ความเห็น.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... วันที่.....

แบบฟอร์มเลขที่ MSP 008/003

แก้ไขครั้งที่ 09/0154

บันทึกข้อตกลงการสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้จัดทำขึ้นระหว่างศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย กับ
โรงพยาบาล.....ทั้งสองฝ่ายได้ร่วมกันทำบันทึกข้อตกลง โดยมีข้อความ
ดังต่อไปนี้

สมาชิกผู้ใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หมายถึง โรงพยาบาล หรือ
สถานพยาบาล ที่สามารถเบิกโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
และภาคบริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิกต้องปฏิบัติ
ตามข้อตกลง ดังนี้ :-

1. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อกำหนดของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ตาม
เอกสารหมายเลข 21.1
2. มีการสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ และภาคบริการโลหิตแห่งชาติ
สภากาชาดไทย ตามวิธีการสมัครในเอกสารหมายเลข 21.2
3. การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิต ซึ่งผ่านการตรวจคัดกรองโลหิต
ด้วยวิธี NAT โดยขอให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามวิธีการที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาด
ไทย กำหนดอย่างเคร่งครัด ตามเอกสารหมายเลข 21.3
4. โรงพยาบาลต้องนำภาชนะหรือกล่องโฟมมาบรรจุโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิต
ทุกครั้งที่มาเบิกที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ในการขนส่งและเก็บรักษา ต้อง
ปฏิบัติตามวิธีการรักษาอุณหภูมิของภาชนะบรรจุ และดูแลอย่างเคร่งครัด เพื่อรักษาคุณภาพ
ของโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิต ให้มีคุณภาพจนกว่าจะนำไปใช้หรือหมดอายุ
ตามเอกสารหมายเลข 21.4
5. การชำระเงินค่าชดเชยน้ำยาตรวจโลหิต ถังบรรจุโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิต ให้ชำระเงินภายใน
30 วัน หลังจากที่ได้รับหนังสือแจ้งขอให้ชำระเงิน วิธีการชำระเงินให้ปฏิบัติ ตามเอกสาร
หมายเลข 21.5

-2-

6. การหมดสภาพการเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

6.1 เมื่อสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงและเอกสารแนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้

6.2 สถานพยาบาลทำหนังสือแจ้งยกเลิกการเป็นสมาชิก

เมื่อสถานพยาบาลหมดสภาพการเป็นสมาชิกผู้ใช้บริการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จะดำเนินการยกเลิกบัตรสมาชิก และรหัสสถานพยาบาลนั้นออกจากฐานข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบของโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิต ได้อีกต่อไป

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงคุณใจ ชัยวานิชศิริ)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ลงชื่อ.....

()

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัฐญา ลอยไสว)

หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ลงชื่อ.....

()

หัวหน้าธนาคารเลือดโรงพยาบาล.....

การสมัครสมาชิกของสถานพยาบาล

คุณสมบัติของสถานพยาบาลที่สมัครเป็นสมาชิก

1. มีใบอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทมีผู้ป่วยค้างคืนจากกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
2. มีใบประกอบโรคศิลป์ของผู้อำนวยการสถานพยาบาล (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
3. มีแพทย์ เกสัชกร นักเทคนิคการแพทย์หรือนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการธนาคารเลือดประจำธนาคารเลือด
4. มีตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ตู้แช่แข็งอุณหภูมิต่ำกว่า -20 องศาเซลเซียส และตู้แช่สำหรับเก็บเกล็ดโลหิตอุณหภูมิ 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อเก็บรักษาโลหิต ส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์
5. มีระบบควบคุมคุณภาพของผู้ควบคุมอุณหภูมิ และมีการบันทึกอุณหภูมิของผู้ควบคุมอุณหภูมิทุกตู้

วิธีการสมัครเป็นสมาชิกของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

1. โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ แจ้งความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกผู้ให้บริการ ส่งมาที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
2. แนบสำเนาใบอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล และใบประกอบโรคศิลป์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล มาแสดง และใช้เป็นเอกสารประกอบการสมัคร (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน)
3. เมื่อศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้รับหนังสือแจ้งความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกผู้ให้บริการ พร้อมเอกสารจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล และได้ลงนามในบันทึกข้อตกลงการสมัครสมาชิกผู้ให้บริการแล้ว ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะส่งบัตรบาร์โค้ดหมายเลขสมาชิกให้แก่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลนั้น และหนังสือแนวปฏิบัติการใช้บริการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ไปให้
4. ในการเบิกจ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิตและผลิตภัณฑ์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล จะต้องนำบัตรสมาชิกที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ออกให้ มาด้วยทุกครั้ง

การเบิก-จ่ายโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์อื่นๆ

1. โลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ ที่ขอเบิกจะต้องนำไปใช้กับผู้ป่วย
2. กรอกข้อความการขอใช้โลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ ลงในแบบฟอร์มใบขอใช้โลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
3. ควรเบิกโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ยกเว้นในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน
4. ในการเบิกโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ โรงพยาบาลต้องมีภาชนะบรรจุที่เหมาะสมเพียงพอ และอุปกรณ์ให้ความเย็น เพื่อรักษาคุณภาพของโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ ระหว่างการเคลื่อนย้ายขนส่ง
5. โรงพยาบาลต้องนำใบขอใช้โลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ ตัวจริง และภาชนะบรรจุอุปกรณ์ มาเบิกที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
6. ในกรณีที่ได้ตกลงกันไว้ก่อน หรือในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน หรือเป็นโรงพยาบาลในต่างจังหวัด ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือภาคบริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย อาจจัดส่งโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์ ไปให้

การบรรจุ และการเก็บรักษาโลหิตและส่วนประกอบโลหิต

1. ประเภทเม็ดโลหิตแดง ได้แก่

1. Packed red cells (PRC)
2. Leukodepleted packed red cells (LDPRC)
3. Leukocyte poor packed red cells (LPRC)
4. Single donor red cells (SDR)

การเก็บรักษา

จัดเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ 1-6 องศาเซลเซียส

การบรรจุหีบห่อเพื่อการขนส่ง

เพื่อรักษาอุณหภูมิภายในกล่องให้ได้ 1-10 องศาเซลเซียส ในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

- ภาชนะบรรจุที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย ซึ่งต้องสะอาด แข็งแรง สามารถเก็บรักษาอุณหภูมิได้ดี มีขนาด และจำนวนที่เหมาะสมกับปริมาณของส่วนประกอบโลหิต / ผลิตภัณฑ์ที่ขอเบิก
- วัสดุให้ความเย็น เช่น Ice pack น้ำแข็งเกล็ด ต้องมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณของส่วนประกอบโลหิต / ผลิตภัณฑ์ที่ต้องการเบิก เนื่องจากอุณหภูมิมีความสำคัญมากในการรักษาคุณภาพของส่วนประกอบโลหิต / ผลิตภัณฑ์
- ในการเคลื่อนย้าย ขนส่ง ต้องปฏิบัติตามหลักการ Blood cold chain เพื่อรักษาคุณภาพของส่วนประกอบโลหิต / ผลิตภัณฑ์ ที่จำเป็นต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม ซึ่งต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของอุณหภูมิการขนส่ง (Temperature validation) ก่อนนำมาใช้จริง

การบรรจุ และการเก็บรักษาส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์

2. ประเภทเกล็ดโลหิต และเม็ดโลหิตขาว ได้แก่

1. Pediatric leukodepleted platelet concentrate (PLDPC)
2. Pooled leukocyte poor platelet concentrates (LPPC)
3. Leukodepleted pooled platelets concentrate (LDPPC)
4. Leukodepleted plateletpheresis PAS-C (LDSDP PAS-C)
5. PI psoralen-treated plateletpheresis PAS-C (PI LDSDP PAS-C)
6. Single donor granulocyte (SDG)

การเก็บรักษา

- จัดเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ 20-24 องศาเซลเซียส
- เป็นตู้ที่มีการเขย่าตลอดเวลา ยกเว้น SDG ไม่ต้องเขย่า
- ไม่วางถุงเกล็ดโลหิตซ้อนทับกัน

การบรรจุหีบห่อเพื่อการขนส่ง

เพื่อรักษาอุณหภูมิภายในกล่องให้ได้ 20-24 องศาเซลเซียส ในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

- ภาชนะบรรจุที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย ซึ่งต้องสะอาด แข็งแรง สามารถเก็บรักษาอุณหภูมิได้ดี มีขนาด และจำนวนที่เหมาะสมกับปริมาณของส่วนประกอบโลหิตที่ขอเบิก
- วัสดุให้ความเย็น เช่น Ice pack น้ำแข็งเกล็ด ต้องมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณของส่วนประกอบโลหิตที่ต้องการเบิก เนื่องจากอุณหภูมิมีความสำคัญมากในการรักษาคุณภาพของส่วนประกอบโลหิต
- ในการเคลื่อนย้าย ขนส่ง ต้องปฏิบัติตามหลักการ Blood cold chain เพื่อรักษาคุณภาพของส่วนประกอบโลหิตที่จำเป็นต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม ซึ่งต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของอุณหภูมิการขนส่ง (Temperature validation) ก่อนนำมาใช้จริง

การบรรจุ และการเก็บรักษาส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์

3. ประเภทพลาสมาแช่แข็ง และกาวไฟบริน (Fibrin glue) ได้แก่

1. Fresh frozen plasma (FFP)
2. Leukodepleted fresh frozen plasma (LDFFP)
3. Cryoremoved plasma (CRP)
4. Cryoprecipitated
5. Single donor fresh frozen plasma (SDFFP)
6. Fibrin glue

การเก็บรักษา

จัดเก็บรักษาที่อุณหภูมิต่ำกว่าหรือเท่ากับ -20 องศาเซลเซียส

การบรรจุหีบห่อเพื่อการขนส่ง

เพื่อรักษาอุณหภูมิภายในกล่องให้ได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ -18 องศาเซลเซียส ในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

การบรรจุหีบห่อเพื่อการขนส่ง มี 2 วิธี

1. วิธีการบรรจุหีบห่อเพื่อการขนส่งโดยใช้น้ำแข็งแห้ง (Dry ice)
2. วิธีการบรรจุหีบห่อเพื่อการขนส่งโดยใช้ NBC ice pack*

การบรรจุ และการเก็บรักษาส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์

- ภาชนะบรรจุที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย ซึ่งต้องสะอาด แข็งแรง สามารถเก็บรักษาอุณหภูมิได้ดี มีขนาด และจำนวนที่เหมาะสมกับปริมาณของส่วนประกอบโลหิตที่ขอเบิก
- วัสดุให้ความเย็น เช่น น้ำแข็งแห้ง หรือ NBC ice pack* ต้องมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณของส่วนประกอบโลหิตที่ต้องการเบิก เนื่องจากอุณหภูมิมีความสำคัญมากในการรักษาคุณภาพของส่วนประกอบโลหิต
(ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ กำหนดส่วนประกอบโลหิตชนิด FFP, LDFFP, CRP และ SDFFP ใช้ น้ำแข็งแห้ง 8 กิโลกรัม ต่อผลิตภัณฑ์ 25 ยูนิต และส่วนประกอบโลหิตชนิด Cryoprecipitated ใช้ น้ำแข็งแห้ง 1 กิโลกรัม ต่อผลิตภัณฑ์ 10 ยูนิต
หรือส่วนประกอบโลหิตชนิด FFP, LDFFP, CRP และ SDFFP ใช้ NBC ice pack* 7 ก้อน ต่อผลิตภัณฑ์ 20 ยูนิต และส่วนประกอบโลหิตชนิด Cryoprecipitated ใช้ NBC ice pack* ต่อผลิตภัณฑ์ 50 ยูนิต)
- ในการเคลื่อนย้าย ขนส่ง ต้องปฏิบัติตามหลักการ Blood cold chain เพื่อรักษาคุณภาพของส่วนประกอบโลหิตที่จำเป็นต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม ซึ่งต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของอุณหภูมิการขนส่ง (Temperature validation) ก่อนนำมาใช้จริง

หมายเหตุ

NBC ice pack* สามารถใช้ทดแทนน้ำแข็งแห้งในการขนส่งพลาสมาแช่แข็งในพื้นที่ที่ไม่สามารถหาซื้อน้ำแข็งแห้งได้ หรือกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนที่หาซื้อได้ไม่ทันเวลา และสามารถนำกลับมาใช้ได้ใหม่ โดยที่สามารถรักษาอุณหภูมิของส่วนประกอบโลหิตให้อยู่ในอุณหภูมิต่ำกว่า -18 องศาเซลเซียส ได้ไม่เกิน 13 ชั่วโมง ทั้งนี้ก่อนนำมาใช้ของแต่ละพื้นที่ควรทำการ Validate การใช้งานในสภาวะการขนส่งจริงอีกครั้ง

วิธีการชำระเงิน

1. ทุกสิ้นเดือน ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือ ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จะรวบรวมจำนวนโลหิตส่วนประกอบโลหิต น้ำยาตรวจหมู่โลหิตและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลขอเบิกเพื่อทำใบแจ้งหนี้ให้โรงพยาบาลทราบ และชำระเงินให้แก่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับใบแจ้งหนี้

กรณีที่โรงพยาบาลค้างชำระตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และโรงพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งเตือนการค้างชำระแล้ว หากโรงพยาบาลยังไม่ดำเนินการชำระหนี้ที่ค้างตามเวลาที่กำหนด ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จะพิจารณาการให้บริการกับโรงพยาบาลหรือยกเลิกการให้บริการด้วยเงินเชื่อกับโรงพยาบาลต่อไป

2. วิธีการชำระเงิน

- ชำระเงินสดหรือเช็ค เวลา 08.30-15.30 น. ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
- ส่งจ่ายแคชเชียร์เช็คธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร ในนาม “ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย”

โดยค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ให้ส่งหลักฐานการชำระเงินและแนบสำเนาใบแจ้งหนี้ส่งมาที่หมายเลขโทรสาร 0-2255-4212 หรือที่อีเมล accounting_nbc@redcross.or.th

สถานที่ติดต่อ: ฝ่ายการเงิน อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1871 ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

โทร. 0-2263-9600-99

- ห้องการเงิน ชั้น G ต่อ 1110, 1112 โทรสาร 0-2255-4212

- งานลูกหนี้และติดตามหนี้ ชั้น G ต่อ 1109 โทรสาร 0-2255-4212

- ชั้น 8 ต่อ 1852, 1853 โทรสาร 0-2251-3077

อีเมล : accounting_nbc@redcross.or.th

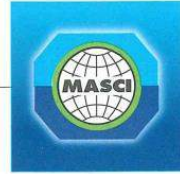
วัน-เวลาทำการ: วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่ 08.30-16.30 น.

เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

ใบรับรองเลขที่ QMS02023/468

certification

ISO9001
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM



ใบรับรองระบบบริหารงานคุณภาพ

ใบรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

สำหรับขอบข่าย :

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย :

การบริการโลหิตทั่วไป การบริการพิเศษ และการผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ สำหรับการบริการโลหิต ดังนี้

1. การประชาสัมพันธ์/การรณรงค์ผู้บริจาคโลหิต/การทำทะเบียนและสถิติผู้บริจาคโลหิต/การบริหารงานทั่วไป
2. การเจาะเก็บโลหิต
3. การตรวจหมู่โลหิต/การตรวจกรองพาหะการติดเชื้อในโลหิตผู้บริจาค
4. การจ่ายโลหิตและผลิตภัณฑ์โลหิต
5. การเตรียมส่วนประกอบโลหิต/การแปรรูปพลาสมา
6. การรับบริจาคโลหิตเฉพาะส่วน สเต็มเซลล์
7. การบริจาคโลหิตให้ตนเอง/การแช่แข็งเม็ดโลหิตแดง และสเต็มเซลล์
8. การตรวจหาแอนติเจน/แอนติบอดีของเม็ดเลือดแดง/เม็ดเลือดขาว (HLA)/เกล็ดเลือด/การทำ crossmatching/ ตลอดจนการวิเคราะห์ DNA เพื่อตรวจ HLA/การกรองเม็ดโลหิตขาว/การฉายรังสีส่วนประกอบโลหิต/ การตรวจ CD 34 marker และ leukemia phenotyping
9. การออกแบบและการพัฒนา และการผลิตถุงบรรจุโลหิต
10. การผลิตน้ำขาดตรวจหมู่โลหิต/เซลล์มาตรฐาน
11. การควบคุมคุณภาพน้ำยาและผลิตภัณฑ์ต่างๆ
12. การรับบริจาคสเต็มเซลล์เพื่อใช้กับผู้อื่น ได้แก่ การรณรงค์อาสาสมัคร การเจาะเก็บตัวอย่างโลหิต การตรวจหมู่เลือดเม็ดเลือดขาว การทำทะเบียนและลงผลหมู่เลือดเม็ดเลือดขาว การค้นหาผู้บริจาค การติดตามผู้บริจาคมาเจาะเลือดตรวจซ้ำ การทดสอบซ้ำยืนยันผล การส่งผู้บริจาคให้แก่แพทย์ตรวจร่างกาย การเจาะเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การตรวจสุขภาพของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การจัดเก็บ การบรรจุเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การติดตามสุขภาพของผู้บริจาค การติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย

แนบท้ายใบรับรองระบบบริหารงานคุณภาพเลขที่ QMS02023/468 (หน้า 1/2)

โดย
สถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ
อุตสาหกรรมพัฒนาอุตสาหกรรม

ออกให้ ณ วันที่ 22 มีนาคม 2563

มีผลถึง ณ วันที่ 21 มีนาคม 2566

ออกให้ครั้งแรก ณ วันที่ 22 มีนาคม 2545

(ลายเซ็น)

(นางพรรณ อังศุสิงห์)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ



FP-001-02 Rev. 7 25/03/61 015



ส.อ.



Certificate Number QMS02023/468

Management System Certification Institute (Thailand)



certification

ISO9001

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM

Certificate of Approval

This is to certify that

National Blood Centre, Thai Red Cross Society

for the scope :

National Blood Centre, Thai Red Cross Society :

Blood transfusion services in general, special services and productions for transfusion services as follows :

1. Public relation/donor recruitment/donor registration and statistics/administration
2. Blood collection
3. Blood processing/infectious marker screening
4. Blood and blood product distribution
5. Blood component preparations/plasma fractionation
6. Hemapheresis for blood components and stem cells
7. Autologous donation/freezing of red blood cell and stem cells
8. Red blood cell/platelet/white blood cell (HLA)/antigen/antibody detections/crossmatching/ DNA analysis for HLA/leuko-filtration/irradiation of blood components/detection of CD 34 marker and leukemia phenotyping
9. Design and development and blood bag production
10. Antiserum/standard cell productions
11. Quality control of reagents and products
12. Unrelated stem cell donation which are donor recruitment, collection of blood sample, HLA typing, donor and HLA registration, searching matched unrelated donor, donor follow up for confirmatory testing, confirmatory testing, arrange donor for physical examination, stem cell collection, quality control, storage, packaging, donor follow up, patient follow up

Attachment to Certification of Approval of Quality Management System No. QMS02023/468 (Page 1/2)

by
Management System Certification Institute (Thailand),
Foundation for Industrial Development

Date of Issue 22nd March 2020

Valid Until 21st March 2023

First Issued Date 22nd March 2002

Punnee Angsusingha

(Mrs. Punnee Angsusingha)

President

Management System Certification Institute (Thailand)

Management System Certification Institute (Thailand) Foundation for Industrial Development

105, 2nd Fl. Free Trade Building, Phnompenh Road, Phnompenh, Siem Reap, Cambodia
Tel. (+855) 91 3171 54 Fax (+855) 91 3172



FP-005-02 Rev. 9 25/05/14 1/1



MASCI





สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ
กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ห้องปฏิบัติการ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1871 ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองความสามารถ

ตามมาตรฐาน ISO 15189 : 2012 และข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับรองความสามารถ

ห้องปฏิบัติการทดสอบด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

ตามรายการและวิธีทดสอบที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายในด้าน

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

(ดร.กัทธีวีร์ สร้อยสังวาลย์)

ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

ให้ไว้ ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565

หมายเลขทะเบียน 4135/57



Bureau of Laboratory Quality Standards
Ministry of Public Health

This is to certify that

The laboratory of

National Blood Centre Thai Red Cross Society

1871 Henry Dunant Road, Patumwan,

Bangkok, 10330, Thailand

has been accepted as an

accredited laboratory complying with the ISO 15189 : 2012
and the requirements of the Bureau of Laboratory Quality Standards

The laboratory has been accredited for specific tests
listed in the scope within the field of

Medical Laboratory

Patravee Soisangwan

(Dr. Patravee Soisangwan)

Director of Bureau of Laboratory Quality Standards

Date of Accreditation : 21 February 2020

Valid Until : 20 February 2022

Accreditation Number 4135/57



สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ
กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ห้องปฏิบัติการ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1871 ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองความสามารถ
ตามมาตรฐาน ISO 15190 : 2003 และข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับรองความสามารถ
ห้องปฏิบัติการทดสอบด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการในด้าน
ความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

(ดร.กิติวรี สร้อยสังวาลย์)

ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

ให้ไว้ ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565

หมายเลขทะเบียน 4135/57



Bureau of Laboratory Quality Standards
Ministry of Public Health

This is to certify that

The laboratory of
National Blood Centre Thai Red Cross Society
1871 Henry Dunant Road, Patumwan,
Bangkok, 10330, Thailand

has been accepted as an
accredited laboratory complying with the ISO 15190 : 2003
and the requirements of the Bureau of Laboratory Quality Standards
within the field of

Medical Laboratory Safety

Patravee Soisangwan

(Dr. Patravee Soisangwan)

Director of Bureau of Laboratory Quality Standards

Date of Accreditation : 21 February 2020

Valid Until : 20 February 2022

Accreditation Number 4135/57



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
สภากาชาดไทย

คู่มือการใช้บริการ
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
ปี 2564