

急诊（抢救）用血申请单

医疗机构名称：

患者	姓名：	性别：	年龄：	住院号：
基本情况	科室：	床号：	目前诊断：	
用血指证 描述	1. 患者Hb_____g/L, RBC_____×10 ¹² /L, PLT_____×10 ⁹ /L; 2. 患者预期出血量_____mL; 3. 其他相关输血指征：_____； 4. 患者当前相关病情简述（手术科室需要写明手术名称）：			
拟申请 血液	血型： A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>		RH(D): 阳性(+) <input type="checkbox"/> 阴性(-) <input type="checkbox"/>	
	血液品种：		用量（单位）：	
	主治医生（签字）：_____年____月____日			
输血科 （血库） 审核意见	_____年____月____日（签字并盖章）			
医务处 审核意见	_____年____月____日（签字并盖章）			

注：

*申请需一人一单，一式二份，一份交至采供血机构，一份医疗机构输血科（血库）留存备查；

*下班期间，医务处审核意见由医院总值班代理并签字。