

BỘ Y TẾ  
VIỆN Y HỌC BIỂN

BỘ Y TẾ  
VIỆN Y HỌC BIỂN

Khoa .....

Khoa .....

PHIẾU CUNG CẤP MÁU VÀ THÀNH PHẦN MÁU

PHIẾU CUNG CẤP MÁU VÀ THÀNH PHẦN MÁU

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Giới: .....  
Chẩn đoán: .....  
Khoa/phòng: ..... Số giường: .....  
Nhóm máu ABO: ..... Nhóm máu Rh: ..... Số lần đã truyền: .....  
Lưu ý bất thường: .....  
Loại chế phẩm máu cần truyền: ..... Số lượng: .....  
..... Số lượng: .....  
..... Số lượng: .....

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Giới: .....  
Chẩn đoán: .....  
Khoa/phòng: ..... Số giường: .....  
Nhóm máu ABO: ..... Nhóm máu Rh: ..... Số lần đã truyền: .....  
Lưu ý bất thường: .....  
Loại chế phẩm máu cần truyền: ..... Số lượng: .....  
..... Số lượng: .....  
..... Số lượng: .....

Hỏi: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 20  
**Phụ trách khoa điều trị**  
(Họ tên và chữ ký)

Hỏi: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 20  
**Bác sỹ điều trị**  
(Họ tên và chữ ký)

**Phụ trách khoa điều trị**  
(Họ tên và chữ ký)

**Phụ trách khoa điều trị**  
(Họ tên và chữ ký)

Loại chế phẩm máu đã cấp: ..... Số lượng: ..... đv  
Bao gồm các đơn vị máu và chế phẩm máu có mã hiệu như sau:  
1. .... Nhóm máu ..... Thể tích: .....  
2. .... Nhóm máu ..... Thể tích: .....  
3. .... Nhóm máu ..... Thể tích: .....

Loại chế phẩm máu đã cấp: ..... Số lượng: ..... đv  
Bao gồm các đơn vị máu và chế phẩm máu có mã hiệu như sau:  
1. .... Nhóm máu ..... Thể tích: .....  
2. .... Nhóm máu ..... Thể tích: .....  
3. .... Nhóm máu ..... Thể tích: .....

Hỏi: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 20. ....  
**Người phát máu**  
(Họ tên và chữ ký)

Hỏi: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 20. ....  
**Người phát máu**  
(Họ tên và chữ ký)

**Điều dưỡng**  
(Họ tên và chữ ký)

**Điều dưỡng**  
(Họ tên và chữ ký)



BỘ Y TẾ  
VIỆN Y HỌC BIỂN

## PHIẾU TRUYỀN MÁU

Khoa .....

## PHẦN I. XÉT NGHIỆM HOÀ HỢP MIỄN DỊCH TRUYỀN MÁU

Họ tên người bệnh: ..... Mã số: .....

Tuổi: ..... Giới: .....

Chẩn đoán: .....

Khoa/phòng: ..... Số giường: ..

Loại chế phẩm máu truyền: .....

Số lượng: ..... ml

Mã số đơn vị chế phẩm máu truyền: .....

Ngày lấy máu / điều chế: .....

Hạn dùng: .....

Người bệnh nhóm ABO: ..... Rh ...	Kết quả xét nghiệm hoà hợp miễn dịch		
Chế phẩm máu nhóm ABO: ..... Rh ...		Môi trường muối	37°C/kháng globulin
Các xét nghiệm khác: .....	Ống 1		
	Ống 2		

Hồi ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 202 ..

NGƯỜI LÀM XÉT NGHIỆM

(Chữ ký và họ tên)

## PHẦN II. THEO DÕI TRUYỀN MÁU LÂM SÀNG

Lần truyền máu thứ: .....

Định nhóm đơn vị máu, chế phẩm: .... Định nhóm người nhận: .... Phản ứng chéo tại giường: ...

Bắt đầu truyền hồi: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 20 ..

Thời gian	Tốc độ truyền (giọt/ph)	Màu sắc da, niêm mạc	Nhịp thở (l/phút)	Mạch (l/phút)	Huyết áp (mmHg)	Thân nhiệt (°C)	Những diễn biến khác

Ngừng truyền hồi: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 20 ..

Số lượng máu thực tế đã truyền: ..... ml

Nhận xét quá trình truyền máu: .....

**BÁC SỸ ĐIỀU TRỊ**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

**ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN MÁU**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

**BÁO CÁO**  
**Tai biến liên quan đến truyền máu**

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Giới: .....  
 Chẩn đoán: ..... Nhóm máu hệ ABO: ..... Rh: ...  
 Khoa/phòng: ..... Số giường: .....  
 Ngày giờ bắt đầu truyền máu: ..... / ..... /20.....

Tên người cho máu /Mã số đơn vị máu	
Loại chế phẩm máu	
Thể tích đơn vị (ml)	
Tốc độ truyền (giọt/ph)	
Ngừng truyền lúc	
Thể tích đã truyền (ml)	
Nhóm máu hệ ABO	
Nhóm máu hệ Rh	
Ngày lấy máu	
Hạn sử dụng	
Tên cơ sở lấy máu và điều chế	

Các loại dung dịch, thuốc được tiêm truyền trong khoảng thời gian ngay trước khi xuất hiện dấu hiệu bất thường:

.....

Mô tả tóm tắt biểu hiện và tiến triển lâm sàng:

- Dấu hiệu đầu tiên là: .....
- Thời điểm xuất hiện dấu hiệu đầu tiên lúc: .....
- Diễn biến và xử trí đã thực hiện: .....

.....  
 .....

Định nhóm ABO tại giường ngay sau đó: Máu người bệnh: .. ... Đơn vị máu truyền: .....

Thời điểm lấy mẫu máu ở người bệnh sau khi xảy ra bất thường: .....

Hồi ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm 20 ..

**BÁC SỸ ĐIỀU TRỊ**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

**ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN MÁU**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

BỘ Y TẾ  
**VIỆN Y HỌC BIỂN**  
 -----  
 Khoa XNTH

**PHIẾU XÉT NGHIỆM**  
**TAI BIẾN LIÊN QUAN ĐẾN TRUYỀN MÁU**

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Giới: .....  
 Chẩn đoán: ..... Nhóm máu: ..... Rh : .....  
 Khoa/phòng: ..... Số giường : .....  
 Tên người cho/Mã số đơn vị máu nghi ngờ: ..... Loại chế phẩm máu: .....  
 Thẻ tích đơn vị máu: .....  
 Thời điểm bắt đầu truyền đơn vị máu nghi ngờ gây phản ứng: .....  
 Thời điểm xuất hiện dấu hiệu bất thường đầu tiên: .....  
 Thời điểm ngừng truyền: .....  
 Thẻ tích lượng máu đã truyền: .....  
 Thời điểm nhận thông báo và mẫu máu của người bệnh: .....  
 Kết quả xét nghiệm:

Kết quả \ Mẫu máu	Mẫu máu người bệnh trước truyền	Mẫu máu người bệnh sau truyền	Mẫu máu từ đơn vị máu nghi ngờ gây tai biến
Tự ngưng kết			
Huyết tương (huyết thanh) có tan máu			
Màu sắc mẫu máu			
Định nhóm ABO			
Định nhóm Rh			
Xét nghiệm kháng globulin trực tiếp			
Xét nghiệm kháng globulin gián tiếp			
Xét nghiệm kháng thể bất thường			
Các xét nghiệm khác			
- .....			
- .....			
Kết luận và đề nghị			

**Trưởng khoa XNTH**  
*(Ký và ghi rõ họ tên)*

Hồi .... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm ..  
**Kỹ thuật viên xét nghiệm**  
*(Ký và ghi rõ họ tên)*

**GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN TRUYỀN MÁU**

Tối cấp;  Cấp cứu

**I. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI KÝ**

Tôi tên là:.....

Địa chỉ: .....

Số Căn cước/Hộ chiếu:..... Tuổi:.....  Nam  Nữ

Là người bệnh.

Là ..... của người bệnh ..... Tuổi: .....

Đang điều trị tại khoa: ..... Phòng: .....

**II. XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ**

Qua văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích, cung cấp thông tin liên quan đến truyền máu cho người bệnh/thân nhân của người bệnh; về sự cần thiết và hiệu quả của việc truyền máu trong thời gian sớm sẽ tốt hơn cho bệnh tình hiện tại của người bệnh và nguy cơ có thể xảy ra do truyền máu.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**III. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH**

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý tiếp nhận truyền máu cho tôi/thân nhân của tôi:

**Tối cấp: Mã số túi máu: ..... Nhóm máu O/Rh(D).....**

**Cấp cứu: Mã số túi máu: ..... Nhóm máu O/Rh(D).....**

Tôi đồng ý về việc truyền máu cho tôi/thân nhân của tôi cho mục đích điều trị với túi máu **chưa được làm** xét nghiệm phản ứng hòa hợp đầy đủ.

Tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích rằng quá trình truyền máu của tôi/thân nhân của tôi có thể xảy ra nguy cơ do truyền máu. Tôi hiểu rằng nếu không truyền máu, bệnh của tôi/thân nhân của tôi có thể nặng lên, có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Tôi xác nhận đã được cung cấp mọi thông tin liên quan đến truyền máu, tôi đã được bác sỹ trao đổi về các nguy cơ truyền máu, bao gồm:

- Phản ứng tan máu cấp/tan máu muộn.
- Phản ứng sốt sau truyền không do tan máu.
- Các phản ứng dị ứng.
- Tai biến do truyền khối lượng lớn.
- Các tai biến nhiễm trùng.
- Các nguy cơ khác để lại sau truyền máu.

Các thông tin điều trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ được lưu giữ ở dạng giấy hoặc điện tử và có thể dùng để hội chẩn, trao đổi thông tin và các hoạt động khác được pháp luật cho phép.

Ngày..... tháng..... năm

**Người bệnh/thân nhân**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**GIẤY CAM KẾT TỪ CHỐI SỬ DỤNG DỊCH VỤ  
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**I. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI KÝ**

Tôi tên là:..... Năm sinh: .....  Nam  Nữ

Là người bệnh

Là ..... của người bệnh ..... Năm sinh: .....

Đang điều trị tại khoa: ..... Phòng:..... Giường: .....

**II. NỘI DUNG**

Phương pháp điều trị/chỉ định dự kiến thực hiện: .....

Tôi đã được giải thích về lợi ích của phương pháp điều trị dự kiến, những nguy cơ, đặc biệt là những rủi ro, biến chứng có thể xảy ra nếu từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nêu trên.

Tôi xác nhận việc từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ y tế trên vào ..... giờ .....

Ngày..... tháng..... năm

**Người bệnh/thân nhân**

(Ký, ghi rõ họ tên)

Nguy cơ/ rủi ro:

.....  
.....

Tôi xác nhận đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh về lợi ích, nguy cơ, biện pháp thay thế của việc từ chối sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trên.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**

(Ký, ghi rõ họ tên)

Lưu ý: Sử dụng mẫu phiếu này trong trường hợp NB hoặc người nhà NB từ chối việc truyền máu.

2

0

.

.

.

.

.

.

.

N  
g  
ư  
ờ  
i  
  
b  
ệ

TE