**凤庆县中医医院临床输血2000ml以上审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | | 性别 | |  | 年龄 |  |
| 科室 |  | | | 床号 | |  | 住院号 |  |
| 申请日期 | 年 月 日 时 | | | 预定输血日期 | | | 年 月 日 时 | |
| 临床诊断 |  | | | | | | | |
| 输血目的 | 补充RBC口 补充PLT口 补充凝血因子口 | | | | | | | |
| 输血史 | 有口  无口 | | 既往输血  不良反应史 | 有口  无口 | | 妊娠史 | 孕 产 | |
| 预定血液和血量 | | |  | | | | | |
| 受检者检测结果 | | 血型 |  | Hb |  | | Hct |  |
| 申请医师签名 | |  | | | 科室主任签名 | |  | |
| 输血科会诊意见：  输血科主任或负责人签名 日期 | | | | | | | | |
| 业务主管部门意见：  签名 日期 | | | | | | | | |