

수혈 기록지

등록번호		환자명		성별/나이			
바코드 혈액번호	혈액 확인서명 (의사 /간호사)	혈액 확인서명 (간호사1 /간호사2)	진료과		처방의		
			병동		수혈동의서	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
			혈액불출일시				
			적혈구	신선동결혈장	혈소판	기타	
			ABO type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O			
			RH type	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative			
			부작용 유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무			
			부작용 종류	<input type="checkbox"/> 발열/오한 <input type="checkbox"/> 오심/구토 <input type="checkbox"/> 알레르기 <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 호흡곤란			
			기타				
			활 력 징 후				
	시작	혈압	맥박	호흡수	체온	간호사서명	
수혈시작							
15분							
수혈종료							