



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า  
PHAMONGKUTK LAO HOSPITAL

Nursing Record  
for OPD/Subspecialty unit  
Blood Transfusion

NAME..... AGE.....  
HN.....  
OPD/หน่วย.....  
BED.....PAGE.....

Date.....Diagnosis.....

No.	Time	Blood order checked	Previous Tx		Type of Blood	Record from: Blood request form, Blood label, Blood bag		Name, Lastname, HN, Age/Date of Birth checked	Checked by Name	Independent double checked by Name	Volume (ml)
			Yes	No		Bl.gr.....	Unit No.				
						Rh.....	Exp.date				
						Bl.gr.....	Unit No.				
						Rh.....	Exp.date				
						Bl.gr.....	Unit No.				
						Rh.....	Exp.date				

Pre-Medication  None  CPM.....mg Time.....  Dexa.....mg Time.....  Lasix.....mg Time.....  
 Para 500 mg.....tab Time.....  Other..... Time.....

Unit ที่.....: V/S ขณะได้รับเลือด/ส่วนประกอบของเลือด, การเกิดปฏิกิริยา/ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือดฯ  มี  ไม่มี

ก่อนให้เลือดไม่เกิน 30 นาที เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
ทุก 10 นาที x 2 ครั้ง  
1. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
2. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
หลังเลือดหมด 15 นาที-1 ชม. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg

Unit ที่.....: V/S ขณะได้รับเลือด/ส่วนประกอบของเลือด, การเกิดปฏิกิริยา/ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือดฯ  มี  ไม่มี

ก่อนให้เลือดไม่เกิน 30 นาที เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
ทุก 10 นาที x 2 ครั้ง  
1. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
2. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
หลังเลือดหมด 15 นาที-1 ชม. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg

Unit ที่.....: V/S ขณะได้รับเลือด/ส่วนประกอบของเลือด, การเกิดปฏิกิริยา/ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือดฯ  มี  ไม่มี

ก่อนให้เลือดไม่เกิน 30 นาที เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
ทุก 10 นาที x 2 ครั้ง  
1. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
2. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg  
หลังเลือดหมด 15 นาที-1 ชม. เวลา.....น. T=.....<sup>o</sup>C RR =.....bpm HR =.....bpm BP =.....mmHg

แบบบันทึกเมื่อเกิดปฏิกิริยา/ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือดฯ Unit ที่.....เวลาที่พบ.....น. ปริมาณที่ได้รับ.....ml

อาการ  ใช้, หนาวสั่น

มีอาการแพ้, ผื่นคัน, ไม่รุนแรง, หยุดการให้เลือดหรือให้ Antihistamine แล้วอาการทุเลาลงหรือหายไป (Allergic reactions)

มีอาการแพ้รุนแรง, หอบเหนื่อย, แน่นหน้าอก, ความดันโลหิตลดลง, ช็อค, หมดสติ (Anaphylaxis)

อาการอื่นๆ ระบุ.....

Nursing Progress

Note.....  
.....  
.....

ลงชื่อผู้ป่วย/ผู้รับคำแนะนำ.....ลงชื่อพยาบาล.....