

免疫血液学检查申请单

患者姓名：	性别：	年龄：	身份证号：	
送检医院：		住院号：	科室：	床号：
临床诊断和主要症状：				
患者（家属）联系电话：		输血科联系电话：		
报告目的地： ☐ 同申请单位 ☐ 其它_____		送检医师：	联系电话：	
		送检日期：	年 月 日	
申请的检测项目：检测要求： ☐ 缓 ☐ 急				
☐ ABO 血型鉴定 ☐ Rh 血型鉴定 ☐ 交叉配血（配血量 _____U ☐ 去白红细胞 ☐ 洗涤红细胞 ☐ 其它 _____）				
☐ Coomb’s 试验 ☐ 不规则抗体筛查 ☐ 不规则抗体鉴定 ☐ 新生儿溶血病检测 ☐ 筛血 ☐ 其它 _____				
检测方法： ☐ 《全国临床检验操作规程》最新版本中血型血清学检查 ☐ 其它_____				
采集日期和时间：_____年 _____月 _____日 _____时 _____分 采集人：_____ 送检人：_____				
样本类型： ☐ 静脉全血 EDTA 抗凝_____ ml 不抗凝_____ml ☐ 其它：_____ 样本容器： ☐ 塑料试管 ☐ 玻璃试管				
输血史： ☐ 无 ☐ 有：曾输注的血液制品： ☐ 红细胞悬液（ ☐ 去白细胞、 ☐ 洗涤、 ☐ 辐照） ☐ 血浆 ☐ 血小板 输血次数：_____ 次 共_____ 单位 末次输血日期_____ 输血反应症状_____				
妊娠史： ☐ 无 ☐ 有：妊娠数：_____次 流产：_____次 原因_____ 存活子女数：_____ 目前妊娠：_____周				
药物史： ☐ 无 ☐ 有：药物类型： ☐ 甲基多巴类药物 ☐ 青霉素类药物 ☐ 激素类药物 ☐ 其它：_____ 品名_____ 剂量_____ 服药_____ 天				
既往免疫血液学检查记录(或医院输血科检查记录)：				
ABO 血型： ☐ A 型 ☐ B 型 ☐ O 型 ☐ AB 型；RhD 血型： ☐ 阴性 ☐ 阳性 其它血型_____ Hb _____（g/L）总胆红素_____				
血小板计数 _____ 抗体筛查 _____ 抗体类型_____ 抗体效价_____ 直接抗球蛋白试验_____ 其它 _____				
实验室接受检查：（中心血站填写） ☐ 接受申请 ☐ 拒收申请				
样本状态： ☐ 包装完好，质量符合要求 ☐ 包装破损 ☐ 妥协样本（部分不符合标准但继续检测的样本） ☐ 样本在 2℃～8℃下保存				
拒收理由： ☐ 血样本抗凝剂错误 ☐ 样本量不够 ☐ 采血时间过长 ☐ 其它原因：_____				
样本接收人：_____ 接收日期和时间：_____年 _____月 _____日 _____时 _____分				
委托方（送检医院）须知				
1、委托方同意按要求采集真实合格的血样本，由医院指定人员送检。鉴定方仅对验收合格的样本或样本的合格部分负责。该送检血样有可能应用于相关科学研究，本实验室确保受试者信息不外流。患者（受试者）若拒绝参与相关科学研究，请勾选。 ☐ 不愿意参与				
2、委托方了解疑难配血问题因检测项目多，检测时间较长，不适于紧急情况下输血前配血，检测结果仅供临床参考。				
3、委托方了解由于患者、供者群体红细胞血型抗原、抗体的分布频率以及同种免疫的特殊性，不能确保每次实验一定能提供与患者相容的供者血液。				
4、委托方了解样本检测后样本的有效保存期为 7 天，对合格样本的复检要求应在有效保存期内、并保存有足量的剩余样本时提出。				
5、委托方了解输血前疑难交叉配血需采集两份血样送检：①抗凝血(禁用肝素抗凝)5ml ②不抗凝血(干燥管)5-10ml。输血反应检查需将患者输血前后的样本及献血者样本一起送检。				
6、委托方了解血型参比实验室工作时间：周一至周五：8：00～12：00，14：30～17：30 周六、周日、法定节假日不进行常规检测，即不接收常规样本，仅接收急诊样本进行检测。				

地址：南宁市科园大道 18 号 南宁中心血站业务大楼 7 楼输血医学研究所血型参比实验室 联系电话：0771-3212557 3217522
乘公交车 24 路、34 路、35 路、46 路、53 路、54 路、88 路、91 路、707 路在南宁中心血站下车。