

QUALITY FORM	Document Number:	TM/HSA/IH/WI-006a
BORANG RUJUKAN UJIAN IMMUNOHEMATOLOGI		
Transfusion Medicine, Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru	Version number :	3.0
	Page number :	1 of 2
	Date issued :	4th April 2024

KEGUNAAN SEKSYEN IMMUNOHEMATOLOGI, HOSPITAL SULTANAH AMINAH JOHOR BAHRU SAHAJA	
Borang Permohonan diterima oleh:	Tarikh:

Bahagian A: Maklumat Pesakit

Nama Pesakit:	Bangsa/Etnik:
No. KP / Paspot:	Umur:
No. RN:	Jantina:
Wad/Klinik Kesihatan/Hospital:	
Diagnosis:	
Ringkasan sejarah klinikal umum : <i>(Borang perlu diisi dengan lengkap oleh pemohon bagi membantu pihak Immunohematologi HSAJB menjalankan ujian berkaitan)</i>	
Sejarah klinikal khusus:	
Bulatkan mana yang berkenaan	
<i>Jaundice</i>	Ya / Tidak
<i>Hepatosplenomegaly</i>	Ya / Tidak
Pemindahan darah (transfusi):	Ya / Tidak
Sekiranya ada, tarikh akhir pemindahan darah :	
Pernah / Sedang Mengandung / Keguguran:	Ya / Tidak
Ubat-ubatan yang boleh menyebabkan hemolisis:	Ya / Tidak
Sekiranya ada, senaraikan ubat :	
Pemindahan sel stem darah	Ya / Tidak
Keputusan darah makmal: (Tandakan dash (-) jika ujian tidak dibuat)	
<i>Hb</i> terakhir:	
<i>Reticulocytes:</i>	
<i>Total Serum Bilirubin with Differential:</i>	
<i>LDH:</i>	
<i>Peripheral Blood Film:</i>	
Lain-lain ujian makmal yang berkenaan:	

QUALITY FORM	Document Number:	TM/HSA/IH/WI-006a
BORANG RUJUKAN UJIAN IMMUNOHEMATOLOGI		
Transfusions Medicine, Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru	Version number :	3.0
	Page number :	2 of 2
	Date issued :	4th April 2024

Bahagian B: Maklumat Permohonan Ujian

Bahagian B1: Untuk Kes Pesakit Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru dan Klinik Kesihatan SAHAJA

Ujian yang dipohon:

Tandakan (√) untuk pilihan ujian

- ABO confirmation
- RhD confirmation
- Coombs Test
- RBC Phenotyping
- Ujian-ujian lain (Nyatakan): _____

Bahagian B2: Untuk Kes Rujukan Dari Luar HSAJB SAHAJA

Nama Pakar/MO HSAJB dihubungi:		Kod permohonan ujian:		Tarikh / masa permohonan :		
Nyatakan maklumat di bawah mengikut jenis ujian dipohon		Ujian Penjenisan Antibodi	Ujian Penjenisan Antibodi dan Crossmatch	Bekalan darah fenotip (tanpa crossmatch)	Bekalan darah fenotip (crossmatch)	Lain-lain ujian khas
Tandakan (√) untuk pilihan ujian						
Kump. Darah ABO/Rh						
Saringan antibodi (IDAT): (Sel I, II,III):						Sila nyatakan jenis ujian:
DAT: IgG, Anti C3d (jika ada):						
Autocontrol:						
Jenis antibodi terdahulu (jika ada):						
Permohonan khas: (cth: paedy bag / filtered bag)						
Bilangan darah diperlukan:						
Tarikh diperlukan:						
Senarai semak	Jenis/jumlah sampel darah	2 tiub EDTA (6 ml)	3 tiub EDTA (9 ml)	Tidak Perlu	2 tiub EDTA (6 ml)	Bergantung pada jenis ujian
	Borang GXM hospital	Tidak Perlu	PERLU	Tidak Perlu	PERLU	Tidak Perlu

Bahagian C: Maklumat Pemohon

Nama doktor / pemohon:	No. Telefon:	Tandatangan / cop rasmi:
------------------------	--------------	--------------------------