BORANG RUJUKAN UJIAN IMMUNOHEMATOLOGI (BORANG IH-HSA)

JABATAN PERUBATAN TRANSFUSI, HOSPITAL SULTANAH AMINAH JOHOR BAHRU

KEGUNAAN MAKMAL PERUBATAN TRANSFUSI, HOSPITAL SULTANAH AMINAH JOHOR BAHRU SAHAJA

Borang Permohonan diterima oleh: **Tarikh:**

Bahagian A: Maklumat Pesakit

Nama Pesakit:	Etnik:
No. KP / Paspot :	Umur:
No. RN (perlu ditulis di tiub sampel juga) :	Jantina:
Wad/Klinik Kesihatan/Hospital :	

Ringkasan sejarah klinikal umum :

(Borang perlu diisi dengan lengkap oleh pemohon bagi membantu pihak Immunohematologi HSAJB menjalankan ujian berkaitan)

Sejarah klinikal khusus: Bulatkan mana yang berkenaan.

Jaundice Ya / Tidak
Hepatosplenomegaly 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)

Hb terakhir:
Reticulocytes:
Total Serum Bilirubin with Differential:
LDH:
Peripheral Blood Film:

Lain-lain ujian makmal yang berkenaan:

Bahagian B: Maklumat Permohonan Ujian

Bahagian B1: <u>Untuk Kes Pesakit Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru dan Klinik Kesihatan SAHAJA</u>

Ujian yang dipohon: Tandakan (√) untuk pilihan ujian

ABO and RhD grouping confirmation	
Coombs Test (Direct/Indirect)	
RBC Antibody Identification	
RBC Phenotyping	
RBC Genotyping at Pusat Darah Negara	
Isohaemaglutinin titre (Anti-A, Anti-B titre)	
Anti-D titre	
Screening test for Asian-type DEL	

Ujian-ujian lain (Nyatakan):

Tarikh / masa pengambilan sampel :

_____

Bahagian B2: <u>Untuk Kes Rujukan Dari Luar HSAJB SAHAJA</u>

Nama Pakar/MO HSAJB dihubungi:		Kod permohonan ujian:			Tarikh / masa permohonan : Tarikh / masa pengambilan sampel :	
Nyatakan maklumat di bawah mengikut jenis ujian dipohon		**Ujian *RBC Antibody Identification***	**Ujian RBC *Antibody Identification* dan *Crossmatch***	**Bekalan *phenotyped blood* (tanpa *crossmatch*)**	**Bekalan *phenotyped blood* (*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 ba*g)						
Bilangan darah diperlukan:						
Tarikh darah 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: