SENARAI SEMAK PENGAMBILAN DAN PEMINDAHAN DARAH/KOMPONEN DARAH

A	**Nama Pesakit :**			**No Kad Pengenalan :**
	No RN :	**Wad :**		**Staf Yang Bertanggungjawab Memastikan Proses Pemindahan Darah Sedia Untuk Dijalankan:**
	Diarahkan oleh :	**Tarikh :**	**Masa :**	**TANDATANGAN DAN COP**
	Proses Pemindahan Darah Sedia Untuk Dijalankan? **"*Informed consent*" diisi dengan sempurna : YA / TIDAK ?** **Branula ada dan masih berfungsi dengan baik : YA / TIDAK ?**			

Komponen Darah	Whole blood	Packed cells	Platelet	FFP	Cryoprecipitate
Jumlah Diambil					

LAPAN MAKLUMAT KRITIKAL YANG PERLU DISEMAK DI BORANG GXM, STIKER BEG DARAH DAN KAD DARAH:

1) NAMA
2) NO KAD PENGENALAN / PASSPORT
3) NO RN
4) NO BARKOD DARAH
5) WHOLE BLOOD / RED CELLS / PLT / FFP / CRYOPRECIPITATE ?
6) KUMPULAN DARAH
7) TARIKH LUPUT BEG DARAH

8) *SPECIAL BLOOD COMPONENT,* JIKA BERKENAAN. (*LEUCO-DEPLETED* / *IRRADIATED* / *PHENOTYPED* / WASHED)

Rujuk di belakang senarai semak ini untuk *Visual Guide* jenis dokumen

		PROSEDUR	SENARAI SEMAK				TANDATANGAN DAN COP
B	**JTMP Yang Membekalkan Darah**	Sahkan komponen dan jumlah darah yang diambil					Tarikh: Masa :
		Sahkan **LAPAN** maklumat di **ATAS,** *tally* antara dokumen.	**Check list**	**Borang GXM**	**Stiker Beg darah**	**Kad darah**	

	PROSEDUR		SENARAI SEMAK			TANDATANGAN DAN COP
C	**Staf Klinikal Yang Mengambil Darah**	Sahkan **LAPAN** maklumat di **ATAS,** *tally* antara dokumen.	**Borang GXM**	**Stiker Beg darah**	**Kad darah**	Tarikh/Masa :

	PROSEDUR		SENARAISEMAK			TANDATANGAN DAN COP
D	**Staf Klinikal Yang Menerima Darah**	Sahkan **LAPAN** maklumat di **ATAS,** *tally* antara dokumen.	**Borang GXM**	**Stiker Beg darah**	**Kad darah**	Tarikh/Masa :

	PROSEDUR		SENARAI SEMAK			TANDATANGAN DAN COP
E	**Staf Klinikal Yang Menyemak Darah (1)**	Sahkan **LAPAN** maklumat di **ATAS,** *tally* antara dokumen. **Semak BERSAMA staf F.**	**Borang GXM**	**Stiker Beg darah**	**Kad darah**	Tarikh: Masa :
		Bandingkan Nama, No KP dan/atau No RN pesakit pada BHT				
		Pastikan indikasi transfusi untuk pesakit dan komponen yang betul mengikut BHT				
		Sahkan Nama, No KP dan/atau no RN pesakit (tanya pesakit / waris / maklumat *wristband)*				

	PROSEDUR		SENARAI SEMAK	TANDATANGAN DAN COP
F	**Staf Klinikal Yang Menyemak Dan Melakukan Pemindahan Darah(2)**	Sahkan **SEMUA** maklumat di dalam **seksyen E** secara **BERSAMA dengan Staf E.**		Tarikh: Masa :
		Tanya pesakit tentang kumpulan darah, jika berkenaan.		
		Maklumkan pesakit / waris tentang jenis reaksi terhadap darah dan tindakan sekiranya ada reaksi		
		Lakukan *"Baseline vital signs"* dan pemantauan pesakit 5 minit pertama		

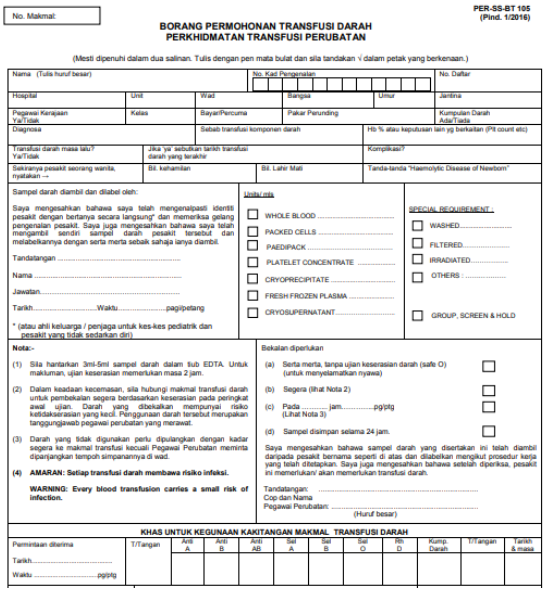
G) Vital Signs

FREQUENCY	*TIME*	*PULSE*	*B/P*	*T ℃*
Baseline				
15min				
30min				
Hourly				

FREQUENCY	*TIME*	*PULSE*	*B/P*	*T ℃*
Hourly				
Hourly				
Hourly				
After Completion				

LIMA JENIS DOKUMEN

1) Borang GXM



No. Makmal:

PER-SS-BT 105 (Pind. 1/2016)

BORANG PERMOHONAN TRANSFUSI DARAH PERKHIDMATAN TRANSFUSI PERUBATAN

(Mesti dipenuhi dalam dua salinan. Tulis dengan pen mata bulat dan sila tandakan √ dalam petak yang berkenaan.)

Nama (Tulis huruf besar) | No. Kad Pengenalan | No. Daftar

Hospital | Unit | Wad | Bangsa | Umur | Jantina

Pegawai Kerajaan Ya/Tidak | Kelas | Bayar/Percuma | Pakar Perunding | Kumpulan Darah Ada/Tiada

Diagnosa | Sebab transfusi komponen darah | Hb % atau keputusan lain yg berkaitan (Plt count etc)

Transfusi darah masa lalu? Ya/Tidak | Jika 'ya' sebutkan tarikh transfusi darah yang terakhir | Komplikasi?

Sekiranya pesakit seorang wanita, nyatakan → | Bil. kehamilan | Bil. Lahir Mati | Tanda-tanda "Haemolytic Disease of Newborn"

Sampel darah diambil dan dilabel oleh:

Saya mengesahkan bahawa saya telah mengenalpasti identiti pesakit dengan bertanya secara langsung* dan memeriksa gelang pengenalan pesakit. Saya juga mengesahkan bahawa saya telah mengambil sendiri sampel darah pesakit tersebut dan melabelkannya dengan serta merta sebaik sahaja ianya diambil.

Tandatangan .....

Nama .....

Jawatan .....

Tarikh ..... Waktu ..... pagi/petang

* (atau ahli keluarga / penjaga untuk kes-kes pediatrik dan pesakit yang tidak sedarkan diri)

Unit/ml mla

- WHOLE BLOOD .....
- PACKED CELLS .....
- PAEDIPACK .....
- PLATELET CONCENTRATE .....
- CRYOPRECIPITATE .....
- FRESH FROZEN PLASMA .....
- CRYOSUPERNATANT .....

SPECIAL REQUIREMENT :

- WASHED .....
- FILTERED .....
- IRRADIATED .....
- OTHERS : .....
- GROUP, SCREEN & HOLD

Nota:-

(1) Sila hantarkan 3ml-5ml sampel darah dalam tiub EDTA. Untuk maklumat, ujian keserasian memerlukan masa 2 jam.

(2) Dalam keadaan kecemasan, sila hubungi makmal transfusi darah untuk pembekalan segera berdasarkan keserasian pada peringkat awal ujian. Darah yang dibekalkan mempunyai risiko ketidakserasian yang kecil. Penggunaan darah tersebut merupakan tanggungjawab pegawai perubatan yang merawat.

(3) Darah yang tidak digunakan perlu dipulangkan dengan kadar segera ke makmal transfusi kecuali Pegawai Perubatan meminta dipanjangkan tempoh simpanannya di wad.

(4) **AMARAN: Setiap transfusi darah membawa risiko infeksi.**

WARNING: Every blood transfusion carries a small risk of infection.

Bekalan diperlukan

(a) Serta merta, tanpa ujian keserasian darah (safe O) (untuk menyelamatkan nyawa) ☐

(b) Segera (lihat Nota 2) ☐

(c) Pada ..... jam..... pg/ptg (Lihat Nota 3) ☐

(d) Sampel disimpan selama 24 jam. ☐

Saya mengesahkan bahawa sampel darah yang disertakan ini telah diambil daripada pesakit bernama seperti di atas dan dilabelkan mengikut prosedur kerja yang telah ditetapkan. Saya juga mengesahkan bahawa setelah diperiksa, pesakit ini memerlukan/ akan memerlukan transfusi darah.

Tandatangan: .....

Cop dan Nama

Pegawai Perubatan: .....

(Huruf besar)

KHAS UNTUK KEGUNAAN KAKITANGAN MAKMAL TRANSFUSI DARAH

Permintaan diterima	T/Tangan	Anti-A	Anti-B	Anti-AB	Sel A	Sel B	Sel O	Rh D	Kump. Darah	T/Tangan	Tarikh & masa
Tarikh.....											
Waktu ..... pg/ptg											

2) Stiker Beg Darah



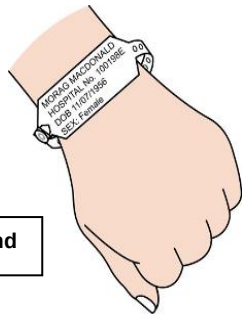
3) Kad Darah



4) BHT pesakit



5) Wristband



Pesakit perlu memaklumkan staf dengan SEGERA sekiranya berlaku reaksi terhadap darah. Kesan reaksi yang utama terhadap darah :

Demam, Rasa Sejuk, Menggigil	*Ruam, Gatal-gatal, Bengkak Bibir*	Rasa Sakit Di Mana-mana bahagian	Kesukaran bernafas	Loya/ Muntah	*Sebarang ketidakselesaan semasa dan selepas transfusi*

Sekiranya ada reaksi pada darah, staf klinikal perlu:

1. **Memberhentikan prosedur transfusi darah**
2. **Menyemak semula 8 maklumat kritikal pada 5 dokumen.**
3. **Menghubungi Pegawai Perubatan Jabatan Perubatan Transfusi Atas Panggilan.**