

SENARAI SEMAK TRANSFUSI DARAH / KOMPONEN DARAH
(BLOOD / BLOOD PRODUCT TRANSFUSION CHECKLIST)
JABATAN PERUBATAN TRANSFUSI HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN

I. MAKLUMAT PESAKIT (PATIENT INFORMATION)

Nama (Name) :

No. KP (I/C No.) : No. R/N (R/N No.):.....

Wad (Ward) : Tarikh (Date) :

Pakar Perunding (Huruf Besar) :

Consultant (Block Letters) :

II. PENGESAHAN DARAH / KOMPONEN DARAH (VERIFICATION OF BLOOD / BLOOD PRODUCT)**A. Pastikan darah / komponen darah adalah sepadan dengan memeriksa borang permohonan darah, 'compatibility label' dan beg darah :**

(Verify blood or plasma is compatible by checking blood request form, compatibility label and blood bag) :

	Req. form	Comp. label	Blood bag	Dr	J/T
i. Nama Pesakit (Patient's Name) :					
ii. No. KP (I/C No.) :					
iii. Kumpulan Darah & Rh (Blood Group & Rh) :					
iv. No. Beg Darah (Blood Bag No.) :					
v. Jenis Darah / Komponen Darah :					

Nama Pegawai Perubatan : Nama Jururawat Terlatih :

(Name of Medical Officer) (Name of Staff Nurse)

Tandatangan (Signature) : Tandatangan (Signature) :

B. Pastikan dengan pesakit yang menerima darah/ komponen darah (Verify with patient receiving blood/ blood product) :

	Dr	J/T
i. Tanya pesakit / waris (Asking patient/ relative)		
ii. Pastikan nama dan No. K/P pada gelang tangan (Verify patient's name and I/C No. on the wrist band)		

Nama Pegawai Perubatan : Nama Jururawat Terlatih :

(Name of Medical Officer) (Name of Staff Nurse)

Tandatangan (Signature) : Tandatangan (Signature) :

C. Prosedur Transfusi (Transfusion Procedure) :

No. Beg Darah (Blood Bag No.) :

Masa mula transfusi (Time of commencement) :

Masa tamat transfusi (Time of completion) :

Reaksi Transfusi (Any reaction) : Ya (Yes) Tidak (No)

Jika ada, sila nyatakan (If yes, please state reaction) :

Nama (Name) :

Tandatangan (Signature) :

Nota: Senarai semak **mestilah** dilakukan seboleh-bolehnya oleh dua orang (doktor / jururawat terlatih/penolong pegawai perubatan) bersama pesakit. Jika tiada doktor, pemeriksaan hendaklah dilakukan oleh dua orang paramedik (penolong pegawai perubatan / jururawat terlatih).

(Checklist preferably **must** be done by two persons (doctor / nurse/ medical assistant) at the bedside with the patient. If doctor is not available, checklist must be done by two paramedics (medical assistant / staff nurse).

Borang perlu disimpan di dalam fail pesakit untuk rujukan selanjutnya.

(Form is to be kept in patient notes for further reference).