

内・神・精・循・小・外・乳・整・脳・心・泌・産・眼・耳・放・皮・緩・救・麻

継続
自賠
労災
健診

所属 採取日

MTP 用血液製剤依頼書(検査科用)

医師名

医師コード

太枠は、必ず記入
してください。

コメント

M T P

(massive transfusion protocol)

依頼製剤

血液型 製剤種 単位数

○型 : RBC

10 単位
(2u × 5 本)

A B 型 : FFP

10 単位
(2u × 5 本)

患者同型 : PC

(血液型不明時は AB 型)

10 単位
(10u × 1 本)

※下記の採血を輸血前に実施してください

①～②は必ず輸血前に採ること

- ① 血液型検体 1 回目 (赤)
② 交差試験用 (紫 7 mL)

③ 黄色保存検体 (黄)

計 3 本



【現場確認】(該当する方に☑をしてください)

輸血前に別時点採血ができたか？

☐ 採血完了

☐ 採血不可

【検査技師記入】

0 型 RBC 受渡時間 _____ :