혈액은행 수탁검체 의뢰서

수탁기관명 :

병원의뢰처	명칭 : 주치의 : 연락처 :
환자	(1) 성명 : (2) 나이 : (3) 성별 : 남 / 여 (4) 진단명 : (5) 주민등록번호 : * 임신 상태의 경우 구체적인 임신주수 기재 : * Rh(-) 임산부의 경우 RhIg (RhoGAM, WinRho 등) 투여 여부 및 시기 기재 : (5) 병력 : (6) 약물투여 여부 : (7) 수혈력(최근 3개월 이내) ☐ 있음 ☐ 없음 ☐기타( ) ① 수혈일 : ② 혈액제제 : ③ Unit 수 : (8) 과거 임신력(유산 포함) ☐ 있음 ☐ 없음

*** Ab 선별 및 동정 검사 의뢰 시, 정확한 판단을 위하여 의뢰 사유와 수혈력, 임신력, Rh Ig 투여력에 대한 정보를 반드시 기재해주시기 바랍니다.**

의뢰검사	☐ Ab ID (항체동정검사) ☐ 혈액형 아형검사 ☐ 기타 :
의뢰사유	☐ Ab screening positive ☐ 기타(구체적 사유기입) : 1) 선별검사 양성 : 2) 혈액형 불일치 : 3) 기타사유 기재 : * 혈액형 불일치 관련 검사 시 환자 가족의 혈액형 정보도 반드시 기재해 주시기 바랍니다.
검체종류	*** 검체 양: EDTA tube에는 3 ml 이상, plain tube에는 5 ml 이상 혈액을 보내주셔야 검사가 가능함 (단, D-L Ab 의뢰 시 serum 6 ml 이상)**

의뢰일자 : 년 월 일 의뢰인 :

서울대학교병원 진단검사의학과 혈액은행(02-2072-3675)