혈액은행 수탁검체 의뢰서

수탁기관명 :

병원의뢰처	명칭 : 주치의 : 연락처 :
환자	(1) 성명 : (2) 나이 : (3) 성별 : 남 / 여 (4) 진단명 : * 임신상태의 경우 구체적인 주수 기재 * Rh 음성 임산부의 경우 RhIg (Rhogam, WinRho 등) 투여여부 및 시기 기재 (5) 병력 : (6) 수혈력 (최근 3개월 이내) ① 수혈일 : ② 혈액제제 : ③ Unit 수 : (7) 과거임신력 : * Ab 선별/동정 검사 시, 정확한 판단을 위하여 수혈력과 임신력(유산력)에대한 정보를 반드시 기재해 주시기 바랍니다.
의뢰검사	
의뢰사유	□ Ab screening positive □ 기타(구체적 사유기입) * 혈액형 불일치 관련 검사 시 환자 가족의 혈액형 정보도 반드시 기재해 주시기 바랍니다.
검체종류	* 검체 양: EDTA tube에는 3 cc 이상, plain tube에는 5 cc 이상 혈액을 보내주셔야 검사가 가능합니다.

의뢰일자 : 년 월 일 의뢰인 :

서울대학교병원 진단검사의학과 혈액은행(02-2072-2504)