|  |
| --- |
| Mã số/Code: QT-TNHM-05/BM01 |



*(Nơi dán tem mã số xét nghiệm)*

**KHOA TIẾP NHẬN HIẾN MÁU**

***DONOR SELECTION DEPARTMENT***

**PHIẾU YÊU CẦU XÉT NGHIỆM**

***TEST REQUEST FORM***

Họ tên người hiến máu/ *Donor full name*:…………………………………………………………………………….

Giới tính/ *Gender*: 🞏Nam/ *Male* 🞏 Nữ/ *Female* Ngày sinh/*Date of birth* :……..…/……..…/……………

Số GTTT/ *ID card number*:……………………………….*Passport*:…………………………………………………

MS túi máu bất thường/ *Blood donation code*:……………………………………………………...............................

Ngày thu thập/ *Date of collection*:……..……/……………/……………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC/** SCREENING TEST | | | **KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  **TEST RESULT** | Người lấy mẫu  *Sample taking staff*  ………………  Thời gian lấy mẫu  *Sample taking time*  ……….............. | Người nhận mẫu  *Sample recipient*  ………………  Thời gian nhận mẫu  *Sample receipt time*  ……………… |
| NHÓM MÁU/ *BLOOD TYPES* | 🞏 | |
| HUYẾT ĐỒ/*HEMATOLOGY* | 🞏 | |
| KTBT/ *IRREGULAR ANTIBODY* | 🞏 | |
|  | **HTH** | **NAT** |
| HIV | 🞏 | 🞏 |
| HCV | 🞏 | 🞏 |
| HBsAg | 🞏 | 🞏 |
| GIANG MAI/ SYPHILIS | 🞏 |  |
| KHÁC/OTHER:……………………………………………………  *Khách hàng đồng ý tất cả các thông tin được ghi nhận trên phiếu chỉ định xét nghiệm này, khi khách hàng không có yêu cầu về quy trình xét nghiệm hay phương pháp xét nghiệm, phòng xét nghiệm chuyển gửi thì khoa xét nghiệm lựa chọn theo yêu cầu của khoa.*  *Bệnh viện, khoa xét nghiệm chịu trách nhiệm về bảo mật tất cả các thông tin này theo quy định của bệnh viện và pháp luật.* | | |

*Ngày/ Date ………/………./……… Ngày/ Date ………/………./………*

Người yêu cầu/ *Requester*  Trưởng khoa xét nghiệm/*Chief Of Lab*