

附表 3

医疗机构临床用血检查表

一、基本情况

医疗机构名称:

地址:

邮政编码:

电话号码:

年用血量:

成分用血比例:

二、血液来源

1、是否使用未经卫生行政部门指定的供血机构的血液

是 () 否 ()

2、是否未经行政部门批准自采自供血液 是 () 否 ()

三、血液储存、发放

1、是否有专门的储血设施 是 () 否 ()

2、血液冷藏温度的监测记录是否齐全 是 () 否 ()

3、血液入库登记是否按不同品种、血型、规格和采血日期(或有效期)分别存放于专用冷藏设施内 是 () 否 ()

4、血液发放是否规范 是 () 否 ()

四、紧急用血

1、是否自行采血 是 () 否 ()

2、紧急采血前是否检测 HIV、HCV、梅毒、HbsAg、ALT、Hb 等项目
是 () 否 ()

3、使用的采血器材是否符合要求 是 () 否 ()

4、一次性注射器和采血器材,用后是否按规定及时销毁并作记录(核对销毁记录与采血记录) 是 () 否 ()

5、采血相关记录和标本是否按规定保存 是 () 否 ()

检查人员签名:

检查时间: