

医院血库向血站退血申请表

退血医院		科室负责人签名		医院联系电话			
退回血液信息	血液品种		血液条码		血 型	血 量	退血原因（参见备注）
血液退回前需要确认的问题		血液离开冰箱的时间是否超过 30 分钟（血小板除外） 是 ☐ 否 ☐ 血液是否曾经发往临床科室 是 ☐ 否 ☐ 血液是否用针穿刺过 是 ☐ 否 ☐ 血液是否有溶血现象 是 ☐ 否 ☐ 确认者签名: _____					
退回血液接收检查	血液送达时间		年 月 日 时 分		血液送达温度	℃	运送人
	收 回 类 型		主动回收 ☐ 被动回收 ☐				
	目视检查	袋体	完好 ☐ 破损 ☐				
		标签	完好 ☐ 破损 ☐ 丢失 ☐				
		外观	正常 ☐ 重度乳糜 ☐ 凝块 ☐ 溶血 ☐ 纤维蛋白析出 ☐ 颜色异常 ☐ 其他情况: _____				
	发血部门: _____ 接收者 : _____ 科室负责人: _____						
退回血液鉴定评审		质管科意见: _____ 鉴定者签名: _____					
退回血液处理结果	二次发放	血液条码: _____发往医院_____ 发放时间: _____ 发放者: _____					
		血液条码: _____发往医院_____ 发放时间: _____ 发放者: _____					
		血液条码: _____发往医院_____ 发放时间: _____ 发放者: _____					
	报废	血液条码: _____医疗废物处理 接收者: _____交付者: _____					
其他		处理方法: _____					

备注： 1. 退血原因选填一项或多项：ABO 血型错误、Rh 血型错误、溶血、凝块、纤维蛋白析出、患者死亡、高效价凝集素 、重度乳糜血、渗漏、标签破损或丢失、 不规则抗体筛查阳性、直接抗人球蛋白试验（直抗）阳性或其他原因（请说明）；

2. 此表如实填写后随血液一并退回血站；

3. 此表保存期 10 年。