

คู่มือการใช้งาน

แบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก เลขที่ WSP212/006

ห้องปฏิบัติการเม็ดโลหิตแดง ฝ่ายห้องปฏิบัติการพิเศษ

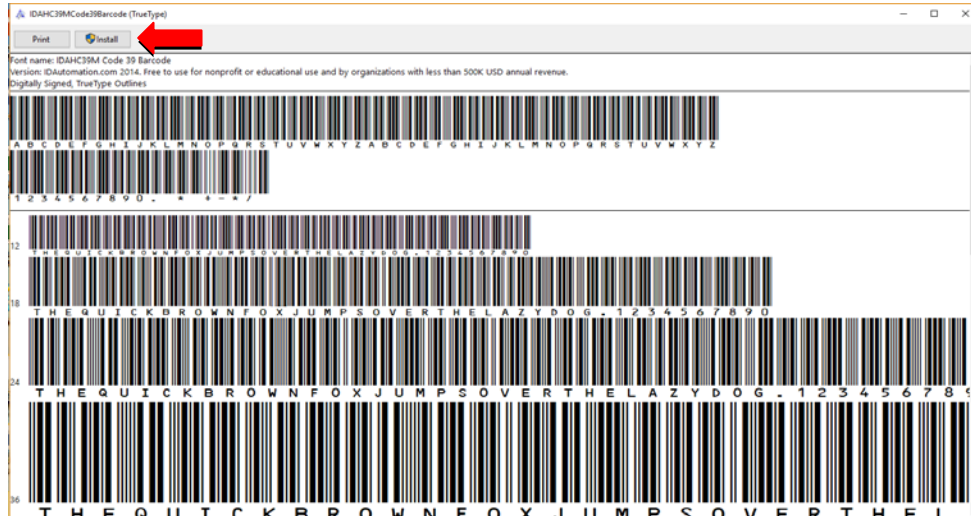
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โปรแกรมและไฟล์ที่ต้องใช้งาน

1. Barcode font สามารถติดตั้งได้ตามข้อ 1.1 (แจกจ่ายทางอีเมล ชื่อไฟล์ “ idautomationhc39m code 39 barcode.ttf ”)
2. Microsoft office excel เพื่อเปิดไฟล์เอกสาร (แจกจ่ายทางอีเมลหรือดาวน์โหลดที่หน้าเว็บของ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ) ชื่อไฟล์ “แบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก WSP212.006 ”

วิธีการติดตั้ง Barcode font

1.1 วิธีการติดตั้ง Font ให้ทำการดับเบิลคลิกที่ไฟล์ idautomationhc39m code 39



1.2 หากไม่สามารถติดตั้งตามวิธีข้อ 1.1 ได้ ให้ทำการคลิกขวาที่ไฟล์ idautomationhc39m code

39 barcode.ttf จากนั้นกดที่ Install

1.3 หากไม่สามารถทำตามข้อ 1.1 และ 1.2 ได้ ให้ทำการเปิดโฟลเดอร์ Fonts ของเครื่องคอมพิวเตอร์

จากนั้นทำการลากไฟล์ idautomationhc39m code 39 barcode.ttf มาไว้ในโฟลเดอร์

ส่วนประกอบของแบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก WSP212.006 (Excel file)

แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนกรอกข้อมูล คือส่วนที่ใช้ในการกรอกข้อมูลต่างๆ ข้อมูลที่จะถูกส่งไปยัง หน้าแบบฟอร์ม

ส่วนกรอกข้อมูลแบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก		วิธีดาวน์โหลดแบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก	
<p>ห้องปฏิบัติการเม็ดโลหิตแดง ฝ่ายโลหิตวิทยาคลินิก ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาด กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เขตปทุมธานี</p>		<p>กรอกหมายเลขใน []</p>	
<p>ข้อมูลทั่วไป</p> <p>โรงพยาบาล: #N/A รหัสโรงพยาบาล: [] โทรศัพท์: [] E-mail: []</p>		<p>1. เลือกใส่ชื่อพยานอายุ 6 ปีขึ้นไป โดยชื่อหรือชื่อพยานจะต้องอยู่ในหนังสือแจ้งทางด่วน 2. กรอกหมายเลขโทรศัพท์และ E-mail ของพยาน 3. กรอกชื่อ-นามสกุลของพยาน 4. กรอกหมายเลขบัตรประชาชนไม่เกิน 13 หลักโดยใส่ช่องว่างหรือ - ขึ้นตามเลข 5. กรอก Passport No. (ถ้ามี) 6. ระบุ วันเดือนปีเกิด และอายุของพยาน 7. ระบุหมู่โลหิต ABO และ Rh(D) ของพยาน หากไม่สามารถระบุได้ให้เลือก INC (Inconclusive) 8. ระบุ Diagnosis ของพยาน 9. เลือกชื่อผลิตภัณฑ์โลหิตที่ประสงค์ ตามลำดับความจำเป็นในทางโลหิตวิทยาที่ได้เคยใช้แล้ว 10. ระบุ วันเดือนปี หรืออายุที่ผลิต 11. ระบุจำนวนชุดที่ต้องการ 12. เลือกการขนส่งโลหิต 13. เลือกหมู่โลหิต ABO และ Rh(D) ที่ต้องการ 14. ระบุ Antigen ที่ต้องการได้ ยกเว้นกรณี E-c-M(a-) เป็นต้น 15. ระบุขนาดของ (ถ้ามี) 16. ระบุชื่อ-นามสกุล เจ้าหน้าที่ผู้ขอโลหิต 17. บันทึกเป็นไฟล์ PDF และฝากส่งพร้อมเอกสารหายากทางอีเมล Redbloodcell_nbc@redcross.or.th</p>	
<p>ข้อมูลผู้ป่วย</p> <p>ชื่อผู้ป่วย: [] นามสกุล: [] หมายเลขบัตรประจำตัว: [] Passport No.: [] วันเดือนปีเกิด: วันที [] เดือน [] ปี พ.ศ. [] อายุ (ปี): [] หมู่โลหิตของผู้รับ: ABO [] Rh(D) [] Diagnosis: []</p>		<p>กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เขตปทุมธานี</p>	
<p>การขอโลหิต</p> <p>ชนิดผลิตภัณฑ์โลหิตที่ต้องการ</p> <p>อันดับที่ 1: [] วันเดือนปี ที่ [] วันที [] เดือน [] ปี พ.ศ. [] อันดับที่ 2: [] จำนวน (ชุด): [] อันดับที่ 3: [] การจัดส่งโลหิต: [] หมู่โลหิตของผู้รับ: ABO [] Rh(D) [] แอนติเจนที่คัดออก: [] หมายเหตุ: [] ลงชื่อผู้ขอโลหิต: []</p>		<p>[]</p>	

หน้าแบบฟอร์ม เป็นส่วนของแบบฟอร์มที่ใช้ในการเบิกโลหิต สามารถ Print และส่งให้ทางห้องปฏิบัติการเม็ดโลหิตแดงหรือภาคบริการโลหิต หรือสามารถ Save เป็นPDF file และส่งอีเมลให้กับทางห้องปฏิบัติการเม็ดโลหิตแดง ผ่านทางอีเมล

Redbloodcell_nbc@redcross.or.th (เริ่มใช้งาน E-mail วันที่ 1 ตุลาคม 2563)

ส่วนกรอกข้อมูลแบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก

ห้องปฏิบัติการเม็ดโลหิตแดง ฝ่ายโลหิตวิทยาคลินิก ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาด
กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เขตปทุมธานี

กรอกหมายเลขใน []

โรงพยาบาล: #N/A รหัสโรงพยาบาล: []
โทรศัพท์: [] E-mail: []

ชื่อผู้ป่วย: [] นามสกุล: []
หมายเลขบัตรประจำตัว: [] Passport No.: []
วันเดือนปีเกิด: วันที [] เดือน [] ปี พ.ศ. [] อายุ (ปี): []
หมู่โลหิตของผู้รับ: ABO [] Rh(D) []
Diagnosis: []

ชนิดผลิตภัณฑ์โลหิตที่ต้องการ

อันดับที่ 1: [] วันเดือนปี ที่ [] วันที [] เดือน [] ปี พ.ศ. []
อันดับที่ 2: [] จำนวน (ชุด): []
อันดับที่ 3: [] การจัดส่งโลหิต: []
หมู่โลหิตของผู้รับ: ABO [] Rh(D) []
แอนติเจนที่คัดออก: []
หมายเหตุ: []
ลงชื่อผู้ขอโลหิต: []

กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เขตปทุมธานี

วิธีการใช้งาน แบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก

1. ดับเบิลคลิกเข้าสู่ไฟล์ แบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก WSP212.006
2. เมื่อเข้าสู่ไฟล์แบบฟอร์มเบิกโลหิตหายากจะพบส่วนของการกรอกข้อมูลและวิธีการใช้งานแบบฟอร์มขอเบิกโลหิตหายากอยู่ด้านข้าง ดังภาพ

ส่วนกรอกข้อมูลแบบฟอร์มขอเบิกโลหิตหายาก		วิธีการใช้แบบฟอร์มขอเบิกโลหิตหายาก	
ห้องปฏิบัติการเม็ดโลหิตแดง ฝ่ายห้องปฏิบัติการพิเศษ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาด <i>กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อใช้ในการตรวจสอบและคัดลอกกลับ</i>		กรอกข้อมูลใน <input type="text"/>	
ข้อมูลทั่วไป		<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมโรงพยาบาลไว้ครบ 6 หลัก โดยชื่อของโรงพยาบาลจะปรากฏโดยอัตโนมัติทางด้านข้างมี 2. ครอบคลุมเลขโทรศัพท์และ E-mail ของโรงพยาบาล 3. ครอบคลุม-นามสกุลของผู้ป่วย 4. ครอบคลุมเลขบัตรประชาชนไว้ครบ 13 หลักโดยไม่ครอบคลุมเครื่องหมาย - ชั้นหมายเลข 5. ครอบคลุม Passport No. (ถ้ามี) 6. ระบุ วัน/เดือน/ปีเกิด และอายุของผู้ป่วย 7. ระบุหมู่โลหิต ABO และ Rh(D) ของผู้ป่วย หากไม่สามารถระบุได้ให้เลือก INC (Inconclusive) 8. ระบุ Diagnosis ของผู้ป่วย 9. เลือกชนิดผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ ตามลำดับความจำเป็นในการใช้ หากสามารถไปได้ทุกผลิตภัณฑ์ 10. ระบุ วัน/เดือน/ปี ที่ต้องการใช้โลหิต 11. ระบุจำนวนชนิดที่ต้องการ 12. เลือกการจัดส่งโลหิต 13. เลือกหมู่โลหิต ABO และ Rh(D) ที่ต้องการ 14. ระบุ Antigen ที่ต้องการแยก ตัวอย่างเช่น E- c- Mj(a-) เป็นต้น 15. ระบุหมายเหตุ (ถ้ามี) 16. ลงชื่อ-นามสกุล เจ้าหน้าที่ผู้ขอโลหิต 17. บันทึกเป็นไฟล์ PDF และทำการส่งขอเบิกโลหิตหายากทางอีเมล RedBloodcell_nbc@nch.go.th 	
ข้อมูลผู้ป่วย		<i>กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง</i>	
โรงพยาบาล #NWA	รหัสโรงพยาบาล <input type="text"/>		
โทรศัพท์ <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>		
ชื่อผู้ป่วย <input type="text"/>	นามสกุล <input type="text"/>		
หมายเลขบัตรประจำตัว <input type="text"/>	Passport No. <input type="text"/>		
วัน/เดือน/ปีเกิด วันที่ <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> ปี พ.ศ. <input type="text"/>	อายุ (ปี) <input type="text"/>		
หมู่โลหิตของผู้ป่วย: ABO <input type="text"/> Rh(C) <input type="text"/>			
Diagnosis <input type="text"/>			
การขอโลหิต			
ชนิดผลิตภัณฑ์โลหิตที่ต้องการ			
อันดับที่ 1 <input type="text"/>	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้ วันที่ <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> ปี พ.ศ. <input type="text"/>		
อันดับที่ 2 <input type="text"/>	จำนวน (ยูนิต) <input type="text"/>		
อันดับที่ 3 <input type="text"/>	การจัดส่งโลหิต <input type="text"/>		
หมู่โลหิตของผู้ป่วย: ABO <input type="text"/> Rh(C) <input type="text"/>			
แอนติเจนที่ต้องการ <input type="text"/>			
หมายเหตุ <input type="text"/>			
ลงชื่อผู้ขอโลหิต <input type="text"/>			

3. ทำการกรอกข้อมูล

3.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป			
โรงพยาบาล	#N/A	รหัสโรงพยาบาล	<input type="text"/>
โทรศัพท์	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

- 3.1.1 กรอกรหัสของโรงพยาบาล กรุณากรอกให้ถูกต้องและครบ 6 หลักโดยชื่อของโรงพยาบาลจะขึ้นโดยอัตโนมัติเมื่อทำการกรอกรหัสโรงพยาบาลครบถ้วนและถูกต้องกรุณาตรวจสอบชื่อโรงพยาบาลอีกครั้งเพื่อความถูกต้อง
- 3.1.2 กรอกเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถใช้ในการติดต่อกับทางโรงพยาบาล สามารถกรอกเบอร์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบได้
- 3.1.3 กรอก E-mail ที่สามารถใช้ในการติดต่อโรงพยาบาลได้

3.2 ข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย					
ชื่อผู้ป่วย	<input type="text"/>		นามสกุล	<input type="text"/>	
หมายเลขบัตรประชาชน	<input type="text"/>		Passport No.	<input type="text"/>	
วัน/เดือน/ปีเกิด	วันที่ <input type="text"/>	เดือน <input type="text"/>	ปี พ.ศ. <input type="text"/>	อายุ (ปี)	<input type="text"/>
หมู่โลหิตของผู้ป่วย	ABO <input type="text"/>	Rh(D) <input type="text"/>			
Diagnosis	<input type="text"/>				

- 3.2.1 กรอก ชื่อ-นามสกุล ของผู้ป่วย
- 3.2.2 กรอกหมายเลขบัตรประชาชน กรุณากรอกให้ถูกต้องครบทั้ง 13 หลักโดยไม่ต้องใส่ – ขึ้น
หมายเลขบัตรประชาชน หากกรอกไม่ครบ 13 หลักจะมีการแจ้งเตือนให้กรอกให้ครบ 13 หลัก
- 3.2.3 กรอกหมายเลข Passport No. (ถ้ามี)
- 3.2.4 กรอก วัน/เดือน/ปีเกิด (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) โดยทำการกรอกวันที่ จากนั้นเลือกเดือน และระบุปี
เป็น พ.ศ. โดยกรอกให้ครบ 4 หลัก
- 3.2.5 ระบุอายุ (ปี) ของผู้ป่วย
- 3.2.6 เลือกหมู่โลหิต ABO และ Rh(D) ของผู้ป่วย หากไม่สามารถสรุปหมู่โลหิตของผู้ป่วยได้ให้เลือก INC
(Inconclusive)
- 3.2.7 ระบุ Diagnosis ของผู้ป่วย










3.3 การขอโลหิต

การขอโลหิต			
ชนิดผลิตภัณฑ์โลหิตที่ต้องการ			
อันดับที่ 1	<input type="text"/>	วัน/เดือน/ปี ที่ใช้	วันที่ <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> ปี พ.ศ. <input type="text"/>
อันดับที่ 2	<input type="text"/>	จำนวน (ยูนิต)	<input type="text"/>
อันดับที่ 3	<input type="text"/>	การจัดส่งโลหิต	<input type="text"/>
หมู่โลหิตของผู้ป่วย	ABO <input type="text"/> Rh(D) <input type="text"/>		
แอนติเจนที่ต้องการ	<input type="text"/>		
หมายเหตุ	<input type="text"/>		
ลงชื่อผู้ขอโลหิต	<input type="text"/>		

- 3.3.1 เลือกชนิดผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ ตามลำดับความจำเป็นในการใช้ หากสามารถใช้ได้ทุกผลิตภัณฑ์ กรุณาเรียงตามลำดับความจำเป็น 3 ลำดับถ้าหากต้องการเพียงชนิดเดียวเท่านั้นให้เลือกเพียงอันดับ 1 อันดับเดียว
- 3.3.2 ระบุวันที่ต้องการใช้โลหิต ระบุเป็น วัน/เดือน/ปี พ.ศ. โดยปี พ.ศ. กรุณากรอกให้ครบ 4 หลัก
- 3.3.3 ระบุจำนวนยูนิตที่ต้องการ
- 3.3.4 ระบุวิธีการจัดส่ง สามารถเลือกได้ตามตัวเลือก
- 3.3.5 เลือกหมู่โลหิต ABO และ Rh(D) ที่ต้องการ กรณีหมู่โลหิตของผู้ป่วยและหมู่โลหิตที่ต้องการขอไม่ตรงกันจะปรากฏข้อความเตือน “ หมู่โลหิตของผู้ป่วยและหมู่โลหิตที่ต้องการไม่ตรงกัน กรุณาตรวจสอบความถูกต้อง ”
- 3.3.6 ระบุแอนติเจนลบที่ต้องการ
- 3.3.7 ระบุหมายเหตุ (ถ้ามี) เช่น สามารถรับโลหิตต่างหมู่ได้, ขอโลหิตที่มีอายุไม่เกิน 7 วัน เป็นต้น
- 3.3.8 ลงชื่อ-นามสกุล เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด

4. ขั้นตอนการบันทึกหรือพิมพ์แบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก
- 4.1 หลังจากกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว สามารถ Save ไฟล์เป็น PDF ไฟล์โดยกด File >Export > Create PDF/XPS ระบุชื่อไฟล์ตามต้องการ หรือสามารถสั่ง Print ได้ทันทีโดยทำการสั่ง Print (Ctrl+P) หรือกดที่ File > Print >กด Print (แบบฟอร์มจะมีขนาดพอดีกับ 1 หน้ากระดาษ)

ตัวอย่างภายหลังการพิมพ์ เพื่อส่งเบิกโลหิตหายาก

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง		Order No.
ผู้รับ	วันที่	
ใบขอเบิกโลหิตหายาก		
งานห้องปฏิบัติการเม็ดเลือดแดง ฝ่ายห้องปฏิบัติการพิเศษ		
โทร. 0-2261-9600 ต่อ 1330, 1331 E-mail : Redbloodcell_nbc@redcross.or.th		
(กรุณากรอกข้อมูลให้ออกเครื่องรับทราบเพื่อใช้สำหรับประมวลผลประวัติและเลือดกลับ)		
โรงพยาบาล	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย	รหัสโรงพยาบาล 
โทรศัพท์	022639600	E-mail Redbloodcell_nbc@redcross.or.th
ชื่อผู้ป่วย	ทกลอบ	นามสกุล ทกลอบ
หมายเลขบัตรประชาชน		Passport No. 
หมู่โลหิตผู้ป่วย	 O Positive 	
วันเดือนปีเกิด	01 มี.ค. 2563	อายุ(ปี) 1
Diagnosis:	Anemia	
ชนิดของยี่ห้อเครื่อง	LDPRC 	LPRC 
		PRC 
ผลการใช้โลหิตวันที่	9 มี.ค. 2563	จำนวน 3 ยูนิต
หมายเหตุ	ขอโลหิตอายุเลือดกว่า 7 ปี	
หมู่โลหิตที่ส่งสาร	O Positive 	
แอนติเจนที่ส่งสาร	E- c- Mi(a-)	
การจัดส่งโลหิต	โรงพยาบาลมาบอง	
เจ้าหน้าที่ห้องโลหิต	พัชรพรเส สัจวาณิช	
<small>หมายเหตุ: หากมีโรคติดต่อระบบอวัยวะที่มีผลต่อเม็ดเลือดแดงควรแจ้งผู้ดูแลห้องปฏิบัติการโลหิต</small>		

5. ส่งแบบฟอร์มเบิกโลหิตหายาก
- 5.1 ทำการส่งแบบฟอร์มเบิกโลหิตหายากเป็น PDFไฟล์ให้ทางห้องปฏิบัติการเม็ดโลหิตแดงทาง E-mail : Redbloodcell_nbc@redcross.or.th (เริ่มใช้งาน E-mail วันที่ 1 ตุลาคม 2563) หรือส่งฉบับจริงที่ฝ่ายห้องปฏิบัติการพิเศษ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย