



## โรงพยาบาลเรณูนคร

ระดับเอกสาร : วิธีปฏิบัติเลขที่ : WP-NSO-002

ฉบับที่ : 1

เรื่อง : การให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต

วันที่ : 20 ตุลาคม 2566

แผนก : NSO

แผนกที่เกี่ยวข้อง : องค์กรแพทย์/LAB/องค์กรณพยาบาล

ผู้จัดทำ : .....

(...นางสาวสิริลักษณ์ จิตอมาตย์...)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวน : .....

(นายพรพจน์ สารทอง)


ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อนุมัติ : .....

(นายไพศาล พลโลก)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-NSO-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> NSO
	<b>เรื่อง :</b> การให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต	<b>หน้า :</b> 1/6

**1. วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโลหิตและส่วนประกอบโลหิตถูกต้องปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและไม่รุนแรงใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันให้ถือเป็นนโยบายมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่บุคลากรผู้เกี่ยวข้องต้องถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

**2. ขอบเขต :** ผู้ป่วยทั้งหมดที่รับการรักษาด้วยโลหิตและส่วนประกอบโลหิต

**3. หน้าที่ความรับผิดชอบ :** องค์กรแพทย์/LAB/OPD/ER/IPD/HD/LR บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยโลหิตและส่วนประกอบโลหิต

**4. คำจำกัดความ :** การรักษาด้วยโลหิตและส่วนประกอบโลหิตผ่านทางหลอดเลือดเป็นสิ่งจำเป็น ในผู้ป่วยบางกลุ่มเนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาที่ทดแทนโลหิตได้

**ภาวะแทรกซ้อนทั้งในประเภทที่ป้องกันได้และไม่ได้** รุนแรงมากอาจเสียชีวิตนอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น โลหิตไม่พอและได้รับล่าช้า เป็นต้น


**ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง** แน่นหน้าอก ปวดหลัง ปวดศีรษะ วิงเวียนอาเจียน หายใจหอบ ผื่นคัน ไข้หนาวสั่น

**ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบได้บ่อย ได้แก่**

\*การได้รับโลหิตผิดหมู่ เกิดการแตกทำลายของเม็ดโลหิตที่ให้ ที่เข้ากันไม่ได้กับโลหิตผู้ป่วยอย่างเฉียบพลัน(AHTR) หากจับอาการและอาการแสดงไม่ได้ จะทำให้ไตวาย การทำงานอวัยวะล้มเหลว และเสียชีวิต

\*เกิดภาวะน้ำเกินได้(TACO)

\*ปอดอักเสบเฉียบพลันจากการรับโลหิต ซึ่งเกิดจากแอนติบอดีในส่วนประกอบของโลหิตที่ให้ทำปฏิกิริยากับเม็ดโลหิตขาวชนิดนิวโทรฟิลในเนื้อเยื่อปอด(TRALI)

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-NSO-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> NSO
	<b>เรื่อง :</b> : การให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต	<b>หน้า :</b> 2/6

ต้องตระหนักว่าเกิดขึ้นได้และตรวจจับให้การรักษาทันที่วงที่ รายงานภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อ  
ระมัดระวังยิ่งขึ้นให้ผู้ป่วยปลอดภัย


### 5.ตัวชี้วัด :

- 1.จำนวนอุบัติการณ์การให้โลหิตผิดคน ผิดหมู่ ผิดประเภทเป็น 0 ครั้ง
- 2.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอาการไม่พึงประสงค์จากการให้โลหิต <0.5%

### 6.ขั้นตอนการปฏิบัติ :

#### กลุ่มงานชั้นสูตร(ธนาคารเลือด)

- 1.เบิกโลหิตจากสภากาชาดไทยกรุงเทพมหานครใช้เวลา 2 วัน มีการควบคุมคุณภาพการขนส่ง การที่  
รักษาอุณหภูมิอย่างถูกต้อง
- 2.รับโลหิตดำเนินการตรวจอุณหภูมิในกล่องรับเลือดอยู่ที่ 1-10 องศาเซลเซียส ตรวจเช็คสภาพถุงเลือด  
จำนวนถุงเลือด
- 3.Stock หมู่เลือด หมู่ละ 5 ถุง ได้แก่ A,B,O ยกเว้นหมู่เลือด AB จะ Stock 1 ถุง
- 4.รายงานจำนวนถุงเลือดทุกหมู่ ทาง Line ในเวรเช้า และเวรบ่ายทุกวันหผู้ป่วยสามารถเข้าดูได้
- 5.แพทย์/พยาบาลขอX-match เลือดให้ผู้ป่วย
- 6.X-match ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตรวจสอบความถูกต้องการขี้บ่งตัวผู้ป่วยชื่อ สกุล อายุและเลขที่HN  
AN ในใบขอ X-match Tube เลือดให้ตรงกัน

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-NSO-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> NSO
	<b>เรื่อง :</b> การให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต	<b>หน้า :</b> 3/6

7. ตรวจหมู่เลือด ABO, Rh และ Antibody screening ตรวจ ABO ซ้ำโดยเจ้าหน้าที่อีกคนถ้าอยู่คนเดียวให้ตรวจซ้ำต่างเวลากัน ตรวจประวัติรับโลหิตถ้าไม่มีให้หอผู้ป่วยเจาะเลือดอีก Tube เพื่อตรวจหมู่เลือดซ้ำครั้งที่ 2 ว่าตรงกับครั้งแรกหรือไม่เพื่อป้องกันการเก็บเลือดตรวจผิดคน

8. แจ้งหอผู้ป่วยรับโลหิตตามความเร่งด่วนที่แพทย์สั่ง เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนำกระเป๋าเก็บความเย็นมารับถุงโลหิต ตรวจสอบความถูกต้องการขี้บ่งตัวผู้ป่วยชื่อ สกุล อายุ เลขที่ HN AN ในถุงเลือดและเซ็นรับโลหิตในสมุด X-match ใบ X-match ทุกครั้ง


9. กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหยุดให้เลือดทันที ลงข้อมูลในใบ X-match เจาะเลือดผู้ป่วย พร้อมนำถุงเลือดที่เหลือ ส่งห้องชันสูตรเพื่อตรวจสอบซ้ำและห้องชันสูตรจะแจ้งกลับไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแจ้งผลการทดสอบ

### หอผู้ป่วยที่ต้องให้เลือด

#### การเตรียมการก่อนให้โลหิต

\* แพทย์สั่งให้โลหิตกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลรับคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรติดฉลากชื่อ สกุล อายุ เลขที่ HN AN ใส่ Tube cross math สอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วยก่อนเจาะเลือดใส่ Tube สีม่วงที่มีสาร EDTA จำนวน 6 ml

\* เช็คการขี้บ่งตัวผู้ป่วยในใบขอ X-match ตรวจ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ HN AN เอกสารที่เกี่ยวข้องได้แก่ แฟ้มผู้ป่วยนอก แฟ้มผู้ป่วยใน บ้ายชื่อติดชื่อมือผู้ป่วยใน ใบนำส่งสิ่งส่งตรวจ ให้ถูกต้องตรงกันรวมถึงข้อมูลที่อยู่ในระบบ HOSxP

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-NSO-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> NSO
	<b>เรื่อง :</b> : การให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต	<b>หน้า :</b> 4/6

## วิธีปฏิบัติก่อนและขณะให้โลหิตหรือส่วนประกอบโลหิต

### 1.การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนการให้โลหิตหรือส่วนประกอบโลหิต

1.1แจ้งเหตุผลและความจำเป็นในการให้โลหิต

1.2แจ้งชนิดของโลหิตหรือส่วนประกอบโลหิต หมู่เลือด และปริมาณหรือจำนวนถุงที่จะให้ระยะเวลาในการให้เลือดทั้งหมด

1.3แจ้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขณะให้โลหิตหรือส่วนประกอบโลหิตและหลังให้เช่น แน่นหน้าอก หายใจหอบ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ผื่นคัน หนาวสั่น มีไข้ เป็นต้น หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ยินยอมลงนามรับโลหิต

1.5แจ้งสิ่งที่ญาติต้องแจ้งพยาบาลเช่น เลือดไม่หยุด บวม ปวดบริเวณแทงเข็ม

1.6สอบถามประวัติการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต กรณีเคยรับให้สอบถามหมู่เลือด

### 2.การเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้ได้แก่


2.1ถุงบรรจุโลหิตหรือส่วนประกอบโลหิต 2.2Set ให้โลหิต

2.2Medicut No.20 2.4Plaster

2.5Tunique 2.6สำลีแอลกอฮอล์ 70%

2.7เสาน้ำเกลือและเครื่องควบคุมสารน้ำ/เลือด

3.ตรวจสอบโลหิต ถุงบรรจุโลหิต ไบคัลลิ่งถุงบรรจุโลหิต ไบขอโลหิต(X-match) ข้อมูลถูกต้องตรงกัน ได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN AN ชนิดของโลหิต หมายเลข DONOR และหมู่โลหิต

	<b>วิธีปฏิบัติเลขที่ :</b> WP-NSO-002	<b>ผู้จัดทำ :</b> NSO
	<b>เรื่อง :</b> : การให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต	<b>หน้า :</b> 5/6

**4.พยาบาลอีกคนร่วมตรวจสอบการชั่งผู้ป่วย** ตรวจสอบความถูกต้องของโลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่จะให้แก่ผู้ป่วยซ้ำ ลงลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ

**5.ให้โลหิต** เมื่อนำโลหิตมาจากห้องชั้นสูตรไม่เกิน30นาทีให้ทำการให้เลือด(ไม่ให้ทำการอุ่นเลือด)

1.พยาบาลสอบถามชื่อ-สกุล วัดV/Sก่อนให้โลหิต แทงเข็มด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

2.ควบคุมหยดช้าๆใน5-10นาทีแรก สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากAHTR ได้แก่ แน่นหน้าอก ปวดหลัง ผื่นคัน ไข้หนาวสั่น หายใจหอบ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงV/S

3.มีภาวะแทรกซ้อน หยุดให้โลหิตทันที รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา ลงข้อมูลในใบX-match พร้อมเจาะเลือดผู้ป่วย นำถุงเลือดที่เหลือ ส่งห้องชั้นสูตรตรวจสอบซ้ำและแจ้งไปยังสภากาชาดไทย

4.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนวัดV/Sหลังให้โลหิตทุก15นาที4ครั้งทุก30นาที2ครั้งและทุก1ชม.จนหมด

5.ให้อัตราหยดโลหิต100 CC/Hr หรือตามแผนการรักษาของแพทย์กรณีให้แบบฉุกเฉินเร่งด่วนอาจเป็น Free flow หรือ Push พร้อมลงชื่อในใบMAR


6.ไม่ให้โลหิตทางหลอดเลือดที่ให้น้ำเกลือ สารน้ำหรือยาอื่นๆ

7.ดูแลพลาสติกไม่ให้เลือนหลุด ตำแหน่งแท่งเข็มไม่ให้บวมแดง ปวด

8.บันทึกหมู่เลือด หมายเลข DONOR และหมู่โลหิต วัน เวลาเริ่มให้ เวลาเลือดหมด ปริมาณที่ได้รับ บันทึกทางการพยาบาลและทะเบียนการให้โลหิต

#### **การดูแลหลังให้เลือด**

เจาะHct หลังให้โลหิต 2-4 ชม. หรือตามแพทย์สั่ง แนะนำสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังให้เลือดครบ 24ชม.ก็อาจมีอาการได้ให้การตรวจรักษา

 โรงพยาบาลเรณูนคร	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WP-NSO-002	ผู้จัดทำ : NSO
	เรื่อง : : การให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต	หน้า : 6/6

### 7. เอกสารอ้างอิง

<https://www.ha.or.th/TH/Contents/รู้จัก 2P Safety>

Patient Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018

### 8. ภาคผนวก

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเรณูนคร Bloodbank		ชื่อผู้ป่วย: HN: _____ วันที่ส่ง: _____ เวลา: _____ ผู้ขอโลหิต: _____ รหัสโรค: _____ Receive by: _____ Receive date: 00:00	อายุ: _____ ปี ศึกษผู้ป่วยใน: Request NO: _____						
Anti-A	Anti-B	Anti-AB	A Cells	B Cells	O Cells	Anti-D	RT	37	IAT
ABO Group : _____		Rh : _____		Antibody Screening : O1 : _____ O2 : _____					
ผู้ทดสอบ : _____		ผู้ตรวจสอบ : _____		ผู้รับแจ้ง : _____					
Cross Matching									
Donor No.	Blood group	Type of Blood	Expire Date	Result	ผู้ทำ	ผู้จ่าย			
ลายเซ็น : (.....) <b>เจ้าหน้าที่ผู้รับเลือด</b>					แพทย์ผู้ขอ ลายเซ็น : (.....)				
ลายเซ็น : (.....) <b>พยาบาลผู้ตรวจสอบ</b>					ลายเซ็น : (.....) <b>พยาบาลผู้ให้เลือดผู้ป่วย</b>				
แบบบันทึกการรายงานผลการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือด ดังที่ .....									
ส่วนที่ 1 : สำหรับติดผู้ป่วย									
<input type="checkbox"/> ไม่เกิดการผิดปกติหลังการรับเลือด					<input type="checkbox"/> เกิดการผิดปกติหลังการรับเลือด				
วันที่ให้เลือด.....		เวลาที่เริ่มให้เลือด.....น.		ชนิดของเลือดที่ให้.....					
จำนวนเลือดที่ให้ไป.....CC.		เวลาที่เกิดอาการ.....		น. BP...../.....P.....R					
อาการที่พบ		มีไข้.....องศา		หนาวสั่น		คลื่น, ลมพิษ		อาเจียน	
		ท้องเดิน		Hematuria or Hemoglobinuria		ตัวเหลือง		ตาเหลือง	
		หายใจขัด		Shock		ปวดหลัง		คลื่นไส้	
		อาการอื่นๆ .....							
					ผู้รายงาน .....				
					(.....)				
					วันที่ .....				

ใบคำสั่งเลือด โรงพยาบาลเรณูนคร

F-LAB-06-015

ข้อมูลผู้ขอโลหิต

ชื่อ-นามสกุล:

HN:                      อายุ:                      หมู่เลือด:                      Rh(D):

แผนก/Ward:                      ตึกผู้ป่วยใน                      เกิด:

ข้อมูลถุงโลหิต

Unit No.:

วันหมดอายุ:                      ปริมาตร                      วันที่เจาะโลหิต:                      สายถุง

ประเภท **LPRC**

Blood Group  
ABO

--

Rh

--

Cell Grouping			Serum Grouping			Bl.gr
anti-A	anti-B	anti-D	A Cell	B Cell	O Cell	

Compatibility Test				สรุปผล
RT	37 C	IAT	CCC	

Complete Cross Match     Incomplete Cross Match

Cross Match By:

ตรวจหมู่เลือดก่อนให้                      ผู้ตรวจ                      เวลา  
ชื่อผู้ให้                      วันที่ให้                      เวลา

เมื่อผู้ป่วยมีปฏิกิริยาจากการรับเลือดยูนิตนี้

โปรดลงบันทึกและส่งคืนธนาคารเลือดทันที พร้อมเลือดที่เหลือ

เวลาที่เริ่มให้เลือด

เวลาที่เกิดอาการ

ชนิดของอาการ

- Chill                       Urticaria                       Backache  
 Cyanosis                       Fever                       Headache  
 Dyspnea                       Nausea or Vomiting  
 Other .....

จำนวนที่ให้เลือด                      มล.

ผู้บันทึก

คำยินยอมรับเลือดของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าชื่อ  
 ยินยอมกรับเลือดของ  
 ที่ผ่านการคัดกรองความปลอดภัยของเลือดและมีคุณสมบัติของ  
 ผู้รับบริจาคโลหิตครบถ้วน  
 ลงชื่อ                      พยาบาลผู้ชี้แจง  
 ลงชื่อ                      คนไข้  
 วันที่



หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาโดยการรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือด

วันที่ให้คำยินยอม.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ในฐานะผู้รับการรักษา

ผู้แทนของ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับเลือด

และ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือดเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลเรณูนคร

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายและเข้าใจถึงวิธีการให้และโอกาสเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือดจากแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนี้

\*วิธีการให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือดแก่ผู้ป่วย

\*การให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือด ให้ผ่านเส้นเลือดดำ ด้วยวิธีการปลอดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

\*โอกาสเสี่ยงจากการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือดได้แก่

-ปฏิกิริยาชั่วคราวและไม่รุนแรง เช่น การมีรอยจ้ำเขียว บวมและเจ็บในตำแหน่งที่แทงเข็มเข้าเส้นเลือดดำอาการข้างเคียงจากส่วนประกอบต่างๆของเลือด ได้แก่ อาการปวดหัว ไข้ นหนาวสั่น ผื่นคันที่ผิวหนังหรือลมพิษเมื่อเกิดผลดังกล่าวแพทย์จะให้การรักษาตามอาการ

-ปฏิกิริยารุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ คือการให้เลือดผิดหมู่ มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยมาก เนื่องจากเลือดทุกถุงได้รับการตรวจสอบการเข้ากันได้กับผู้ป่วยอย่างรอบคอบและได้มาตรฐาน และได้มีการสอบสวนความถูกต้องทุกครั้งผู้ให้การรักษามีการสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในระยะแรกของการให้เลือด เมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้นแพทย์จะหยุดการให้เลือดและให้การรักษามาตรฐานทันทีพร้อมกับตรวจสอบหาสาเหตุ

-การติดเชื้อปัจจุบันหน่วยคลังเลือด ได้ตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ชิฟิลิส และเอชไอวี (HIV) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องในเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือดทุกถุงก่อนให้ผู้ป่วยตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการเช่นเดียวกับประเทศยุโรปหรืออเมริกา อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยี ผู้ได้รับเลือดยังมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อเอชไอวีประมาณ1ต่อ3ล้านของผู้บริจาค เชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1ต่อ2ล้านของผู้บริจาค และเชื้อไวรัสตับอักเสบบี1ต่อ7แสนของผู้บริจาค (อ้างอิงข้อมูลจากประเทศในยุโรป)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัวข้าพเจ้าเองหรือผู้ที่ข้าพเจ้าเป็นตัวแทนรับการรักษาโดยให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือด โดยแพทย์และหรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าจะเก็บสำเนาใบยินยอมนี้ไว้ฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

( )

( )

ผู้ให้ข้อมูลการรับเลือด

\*ผู้ป่วย \*ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

( )

( )

พยาน (ญาติสายตรง)

พยาน(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)

แบบประเมินการให้เลือด	ทำ	ไม่ทำ	ข้อเสนอแนะ
1. ตรวจสอบชื่อ สกุล HN AN ผู้ป่วย ชนิดของเลือด หมายเลขเลือด หมู่เลือด Rh ให้ตรงกันทั้งในใบขอเลือด และใบแจ้งที่ติดถุงเลือดและป้ายแขวนถุงเลือด ให้ตรงกับแฟ้มประวัติ			
2. ตรวจสอบลักษณะของเลือด วันหมดอายุของเลือด ถ้าผิดปกติให้ส่งคืนและแจ้งห้องชันสูตร			
3. เตรียมผู้ป่วย ถามตัวผู้ป่วยว่าชื่อ สกุล อะไร ตรวจสอบให้ตรงกับใบขอเลือด ใบแจ้งติดถุงเลือด ป้ายแขวนถุงเลือด พร้อมทั้งตรวจสอบชื่อ สกุล HN AN ผู้ป่วย ชนิดของเลือด หมายเลขเลือดต้องตรงกัน			
4. ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนให้เลือด ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์เป็นผู้พิจารณาในการให้เลือด			
5. ล้างมือก่อนให้การพยาบาลให้เลือดด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ			
6. ให้เลือดด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ			
7. ปรับอัตราการหยดของเลือดช่วงแรกช้าๆ 5-10 นาที พร้อมสังเกตอาการผู้ป่วยถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากนั้นเป็น 100 CC./Hr หรือ ตามแผนการรักษาของแพทย์ตามความจำเป็นเร่งด่วนอาจเป็น Free flow หรือ Push			
8. ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพหลังให้เลือดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนเลือดหมด			
9. แจ้งให้ผู้ป่วยระมัดระวังถึงอาการที่อาจจะเกิดขึ้นขณะให้เลือด เช่น มีไข้หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก หายใจหอบ			
10. บันทึกหมู่เลือด ชนิดของเลือด หมายเลข ปริมาณเลือด วัน เวลาและชื่อผู้ให้เลือด ลงในบันทึกทางการพยาบาล ทะเบียนการให้เลือด			
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี	HN	AN	