



Doküman Kodu: TH.FR.029

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

HASTA BİLGİLERİ				Bileklik barkodu yapıştırdınız
Ad, Soyad			
Klinik	Tanı	
TRANSFÜZYON BİLGİLERİ				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	1.Bileşen barkodunu yapıştırdınız
.....	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	2.Bileşen barkodunu yapıştırdınız
.....	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	3.Bileşen barkodunu yapıştırdınız
.....	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
İSTENMEYEN REAKSİYON TANIMI				
.....				
TEDAVİ BİLGİLERİ				
<input type="checkbox"/> Adrenalin <input type="checkbox"/> Kortikosteroid <input type="checkbox"/> Antipiretik <input type="checkbox"/> Oksijen <input type="checkbox"/> Diüretik <input type="checkbox"/> Antihistaminik <input type="checkbox"/> Analjezik <input type="checkbox"/> TDP				
<input type="checkbox"/> Antibiyotik (Belirtiniz): <input type="checkbox"/> Diğer:.....				
Hekim Kaşe İmza				
TRANSFÜZYON SÜRECİNİN KLİNİK KONTROLÜ				
Reaksiyon sonrası hastadan örnek alındı mı?		Transfüzyon izlem formu dolduruldu mu? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Mor kapaklı (EDTA'lı) tüp ile kan <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Mavi kapak (sitrat) tüp ile kan <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		İstenmeyen reaksiyon formu dolduruldu mu? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Kırmızı kapaklı (düz) tüp ile kan <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E İdrar kabı ile idrar <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		TM gönderilmek üzere bileşen/ler seti ile birlikte saklandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Kan kültür şişesi ile hemokültür <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Diğer tetkikler için : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Klinik tarafından transfüzyon öncesi sürece ilişkin birhatasaptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Yanıtınız evet ise açıklayınız:		Hekim Kaşe İmza		
HEMOVİJİLAN HEMŞİRESİ / KOORDİNATÖRÜ KONTROLÜ				
Hasta Kan Grubu (ABO/Rh) Yeni Örnek ile Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Çapraz Karşılaştırma (ÇK) Yeni Örnek ile Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Hemovijilans Hemşiresi Kaşe İmza				
Transfüzyon öncesi sürece ilişkin birhata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Hemovijilans Koordinatörü Kaşe İmza		
Yanıtınız evet ise açıklayınız: <input type="checkbox"/> Klinik hatası <input type="checkbox"/> TM hatası <input type="checkbox"/> BKM hatası				