



Doküman Kodu: TH.FR.005

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 2

HASTA BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı:		İstek tarihi	
Protokol No:		İstek Yapan Klinik	
TC. Kimlik No:		İstenecek Bileşen	
Doğum Tarihi :		Hasta Kan grubu	
Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E		

BİLEŞEN BİLGİLERİ

Bileşen ISBT No:	Bileşen ABO/Rh Grubu:	Bileşen Miktarı:
.....ml
<input type="checkbox"/> Tam kan	<input type="checkbox"/> Aferez eritrosit konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Plazma
<input type="checkbox"/> Eritrosit konsantresi	<input type="checkbox"/> Aferez trombosit konsantresi	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat
<input type="checkbox"/> Trombosit konsantresi	<input type="checkbox"/> Aferez granülosit konsantresi	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitatı
<input type="checkbox"/> Taze Donmuş Plazma	<input type="checkbox"/> Diğer:	uzaklaştırılmış plazma

BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ

Çapraz <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil <input type="checkbox"/> Yapılmadı	<input type="checkbox"/> İşlenmiş	<input type="checkbox"/> CMV Negatif
Hasta başı filtrasyon <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Yıkanmış	<input type="checkbox"/> HLA uygun
<input type="checkbox"/> Buffy coat uzaklaştırılmış	<input type="checkbox"/> Bölünmüş	<input type="checkbox"/> Otolog
<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış	<input type="checkbox"/> Diğer eritrosit antijenleri uygun; (Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecektir)	

TEDARİKÇİ BİLGİLERİ Bölge Kan Merkezi Hastane Transfüzyon Merkezi Diğer:

TRANSFER ÖNCESİ BİLEŞEN KONTROLÜ

Bileşen renk kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil
Pıhtı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Hemoliz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Son kullanma tarihi	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil

BİLEŞEN TRANSFER BİLGİLER

İstemi karşılayan/teslim eden personelin Adı-Soyadı, imzası:
Bileşenin Transfüzyon Merkezinden Çıkış Tarihi:/...../..... Saati

Transferi yapan personelin Adı-Soyadı, imzası:
Klinikte teslim alan personelin Adı-Soyadı, imzası:
Bileşenin Kliniğe Geliş Tarihi:/...../..... Saati:

TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL/ONAY

TRANSFÜZYON BİLGİ KONTROLÜ	1.Kişi (Hemşire)	2.Kişi (Hekim)	BİLEŞEN KONTROLÜ	1.Kişi (Hemşire)	2.Kişi (Hekim)
Hasta kimlik kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	Bileşen renk kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
Hasta/Bileşen kan grubu kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	Pıhtı	<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR
Çapraz Karşılaştırma Kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	Hemoliz	<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR
Bileşen Numarası Kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	Son Kullanma Tarihi	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
KONTROL EDENLER	HEKİM /KAŞE-İMZA		HEMŞİRE /KAŞE-İMZA		

TRANSFÜZYON PLANI

Transfüzyon Tarihi:	Transfüzyon Hızı / Süresi: /
Transfüzyon Başlangıç Saati:	(Transfüzyon öncesi her hastanın kilosu, yaşı, alta yatan hastalığı, ko-morbiditesi değerlendirilerek ideal transfüzyon hızı ve süresi hekim tarafından belirlenmelidir)
Hekim Kaşe İmza	

TRANSFÜZYON İZLEMİ

Saat	Süre	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Beden ısısı	Diğer	Müdahale (Varsa)	İzleyen Hemşire
------	------	-------------	-------	---------	-------------	-------	------------------	-----------------



0.dk							
15.dk							
45.dk							
1.saat 15. dk							
1.saat 45. dk							
2.saat 15. dk							
2.saat 45. dk							
3.saat 15. dk							
3.saat 45. dk							
Transfüzyon Bitiş/Sonlandırma Saati	Transfüzyon <input type="checkbox"/> Tamamlandı <input type="checkbox"/> Tamamlanamadı, nedeni..... <input type="checkbox"/> Tamamlanamadı, nedeni.....					
Transfüze Edilen Bileşen Miktarı (ml)	İstenmeyen Olay/Reaksiyon <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR					

NOT: Transfüzyon izlemi, 0. dk, ilk 15 dakikası hasta başından ayrılmamak kaydı ile ve transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları takip edilerek yapılmalıdır. Transfüzyon bitiminde ve bitiminden 1 saat sonra hastanın vital bulguları mutlak takip edilmelidir.

TRANSFÜZYON REAKSİYONU ŞÜPHESİ OLDU İSE;

- Transfüzyonu durdur, ilgili hekime haber ver.
- Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tut.
- Bileşen ve hasta bilgilerini kontrol et.
- Hastadan yeni kan örneği al.
- Hastaya verilen kan ve kan bileşeni ile birlikte giden sıvıları sakla.
- Kan merkezini haberdar et. Tel: