



Doküman Kodu: TH.FR.030 Yayın Tarihi: 15.09.2021 Revizyon Tarihi: - Revizyon No: 0 Sayfa: 1 / 1

Kan Hizmet Biriminin Adı.....

Hasta Bilgileri Cinsiyet: K E Yaş: Kan Grubu:

Transfüzyon Tarihi: /...../ Başlangıç Saati: Bitiş/Sonlandırma Saati:

İstenmeyen Reaksiyon Tarihi: /..... /..... Rapor Etme Tarihi: /..... /.....

BİLEŞEN BİLGİLERİ	BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ
Bileşen ISBT No: Bileşen ABO/Rh Grubu:	Çapraz karşılaştırma: <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil <input type="checkbox"/> Yapılmadı Hasta başı filtrasyon: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Tam kan <input type="checkbox"/> Trombosit Konsantrisi <input type="checkbox"/> Kriyopresipitat	<input type="checkbox"/> Buffy coat uzaklaştırılmış <input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış <input type="checkbox"/> Diğer;
<input type="checkbox"/> Eritrosit Konsantrisi <input type="checkbox"/> Taze Donmuş Plazma <input type="checkbox"/> Kriyopresipitatu Uzaklaştırılmış Plazma	<input type="checkbox"/> İşinlanmış <input type="checkbox"/> Yıkanmış <input type="checkbox"/> Bölünmüş
<input type="checkbox"/> Aferez Eritrosit Konsantrisi <input type="checkbox"/> Taze Plazma <input type="checkbox"/> Aferez Granülosit Konsantrisi	<input type="checkbox"/> CMV Negatif <input type="checkbox"/> HLA uygun <input type="checkbox"/> Ototog
<input type="checkbox"/> Aferez Trombosit Konsantrisi <input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> Diğer eritrosit antijenleri uygun; Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecektir.
....

TEDARİKÇİ BİLGİLERİ

Bölge Kan Merkezi Hastane Transfüzyon Merkezi Diğer:

İSTENMEYEN REAKSİYONLAR

<input type="checkbox"/> ABO Uygunsuzluğundan Kaynaklı Akut İmmün Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (A1)	<input type="checkbox"/> Hipokalsemi/Sitrat Toksikitesi (A13)
<input type="checkbox"/> Alloantikordardan kaynaklı Akut İmmün Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (A2)	<input type="checkbox"/> Hipotermi (A14)
<input type="checkbox"/> İmmünolojik olmayan hemoliz (A3)	<input type="checkbox"/> Hiperkalemi (A15)
<input type="checkbox"/> Gecikmiş Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (GHTR) (G1)	<input type="checkbox"/> Hemosiderozis (G5)
<input type="checkbox"/> Gecikmiş Serolojik Transfüzyon Reaksiyonu (Alloimmünizasyon) (G2)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili İmmünmodülasyon (TRİM)(G6)
<input type="checkbox"/> Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (FNHTR) (A4)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Bakteriyal Enfeksiyon (A16)
<input type="checkbox"/> Hafif Alerjik Reaksiyon (A5)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon HBV(G7)
<input type="checkbox"/> Anafilaktik Reaksiyon (A6)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon HCV(G8)
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Graft Versus Host Hastalığı (TA-GVHH) (G3)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon (HIV-1/2) (G9)
<input type="checkbox"/> Transfüzyon Sonrası Purpura (G4)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon (Diğer) (G10) Açıklayınız;
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Akut Akciğer Hastalığı (TRALI) (A7)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Paraziter Enfeksiyon(Sıtma) (G11)
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Dispne (TAD) (A8)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Paraziter Enfeksiyon (Diğer)(G12) Açıklayınız;
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Dolaşım Yüklenmesi (TACO) (A9)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Prion Enfeksiyonu (G13)
<input type="checkbox"/> Hipotansif Transfüzyon Reaksiyonu (A10)	<input type="checkbox"/> Akut Tanımlanamayan Transfüzyon Reaksiyonu (AX)
<input type="checkbox"/> Hipertansif Transfüzyon Reaksiyonu (A11)	<input type="checkbox"/> Gecikmiş Tanımlanamayan Transfüzyon Reaksiyonu (GX)
<input type="checkbox"/> Hava Embolisi (A12)	

REAKSİYON İLİŞKİLENDİRME DERECESESİ: Değerlendirilmeyen 0 1 2 3 REAKSİYON CİDDİYET DERECESESİ: 1 2 3

4

Klinik Gidiş: Bu forma ek olarak; bir yazı ile reaksiyonun semptom ve bulgularını, bunların transfüzyonun başlamasından itibaren zamanolarak ve transfüze edilen kan miktarına göre ortaya çıkışını, tıbbi müdahale olarak yapılanları ve alıcının son durumunu ayrıntılı olarak açıklayınız.

BİLDİRİMİ YAPAN HEKİM	HEMOVİJİLANS KOORDİNATÖRÜ
Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih	Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih