



Doküman Kodu: TH.FR.009

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Kan Hizmet Biriminin Adı	
Reaksiyon Tanımı	
Reaksiyon Tarihi	../././....
Doğrulama Tarihi	../././....
Bağış Numarası	
Bağışçı Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Bağış Tipi	<input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Aferez
Bağış Tarihi	../././....
Bağış Başlangıç Saati:	Bağış Bitiş / Sonlandırma Saati:
İstenmeyen Reaksiyon	<input type="checkbox"/> Doğrulandı <input type="checkbox"/> Doğrulanmadı (açıklayınız):.....
İstenmeyen Reaksiyon Tipinin Değişmesi	<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti (açıklayınız):
YENİ Reaksiyon Tipi:.....	
İlişkilendirme Derecesi	Değişiklik Nedeni:....
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	
YENİ İlişkilendirme Derecesi:	
<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
İstenmeyen Reaksiyonun Ciddiyet Derecesi	Değişiklik Nedeni:....
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	
YENİ Ciddiyet Derecesi	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Klinik Gidiş:	
<input type="checkbox"/> Tamamen iyileşti	
<input type="checkbox"/> Minör sekel (açıklayınız)	
<input type="checkbox"/> Ciddi sekel (açıklayınız)	
<input type="checkbox"/> Ölüm (açıklayınız)	
BAĞIŞTAN SORUMLU DOKTOR (Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih)	HEMOVİJİLAN SORUMLUSU (Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih)

(*) Bakınız; Ulusal Hemovijilans Rehberi