(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
AFEREZ İŞLEM İSTEM VE UYGUNLUK FORMU

HASTA / BAĞIŞÇI BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**T.C. Kimlik No**	
Protokol No		**Doğum Tarihi / Yaş**	
Boy (cm) / Kilo (kg)		**Kan Grubu**	
Hasta / Bağışçı		**Alerji Öyküsü**	

İSTEM (işlemi isteyen hekim tarafından doldurulur)			
Tanı		**Endikasyon**	
İşlem Türü (plazma değişimi, sitaferez, kök hücre toplama vb.)		**Planlanan Seans Sayısı / Sıklığı**	
Replasman Sıvısı		**İşlenecek Hacim / Hedef**	
İsteyen Hekim / Birim		**İstem Tarihi**	

İŞLEM ÖNCESİ KONTROL (aferez hemşiresi)	Evet	Hayır	Açıklama
Hekim istemi var	☐	☐	
Kimlik iki tanımlayıcı ile doğrulandı	☐	☐	
Bağışçı sorgulama formu dolduruldu (bağışçılarda)	☐	☐	
Bilgilendirilmiş onam alındı	☐	☐	
Cihaz günlük kontrolleri yapıldı, cihaz uygun	☐	☐	
Kit, replasman sıvısı, ilaç ve malzemeler hazır	☐	☐	
İşlem öncesi tam kan sayımı yapıldı	☐	☐	

HEKİM DEĞERLENDİRMESİ (aferez hekimi)			
Muayene Bulguları		**Tansiyon / Nabız / Ateş**	
Hb / Hct / Trombosit		**Diğer Tetkikler**	
Kullandığı İlaçlar (ACE inhibitörü vb.)		**Damar Yolu (periferik / SVK gerekli)**	

İşlem uygundur	İşlem uygun değildir	Gerekçe / Açıklama
☐	☐	

İsteyen Hekim	Aferez Hekimi (uygunluk onayı)	Aferez Hemşiresi
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih / Saat:	Tarih / Saat:	Tarih / Saat:
İmza:	İmza:	İmza:

Bu örnek doküman Prokalite tarafından hazırlanmıştır. Kurumunuzun yapısına, yürürlükteki mevzuata, Sağlık Bakanlığı rehberlerine ve güncel bilimsel kaynaklara göre uyarlanmalı; ilaç, doz ve süre bilgileri kurumun yetkili hekim ve eczacıları tarafından doğrulanmalıdır.