(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
COVID 19 ÜMMİN PLAZMA İSTEM FORMU

Hastanın
Adı-Soyadı
TC Numarası
Cinsi yeti KADIN ERKEK **Doğum Tarihi** ...../...../.....
E-Ma il: **İletişim Bilgileri** Tel:
Servisi
Olası (klinik/radyolojik bulgular +, PCR bekleniyor) Kesin (PCR +) **COVID-19 Tanı**
Kan Grubu *En az 2 kez 2 farklı numuneden bakılmış kan grubu sonucu bakılır
Yok **Ig A Eksikliği**
Öyküsü
Transplantasyon Öyküsü Fetomaternal Uyuşmazlık Transfüzyon Alloantikor Varlığı Transfüzyon Reaksiyon Öyküsü Geçirilmiş Gebelik İlişkili olabilecek diğer öyküler/ özel durumlar .....
COVID-19 İmmün Plazma Endikasyonu
LABORATUVAR BULGULARI (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) COVID-19 PCR Üst solunum yolu örneğinden pozitif COVID-19 PCR Alt solunum yolu örneğinden pozitif BT bulguları COVID-19 ile uyumlu ve bilateral yaygın tutulum var 24-48 saat içinde akciğer infiltrasyonununda >%50 artış
KLİNİK SEMPTOMLAR (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) Düşmeyen Ateş ≥ 5 gün Dispne Takipne (Solunum sayısı > 30/dakika) Solunum Sayısı ...../dakika PaO_2 / FiO_2 <300 mm Hg 5 litre/dakika ve üstü nde nazal oksijen desteğine rağmen oksijen saturasyonu <%90 5 litre/dakika ve üstü nde nazal oksijen desteğine rağmen parsiyel oksijen basıncı <70 mmHg Mekanik ventilasyon ihtiyacı var Non-invaziv İnvaziv ..... SOFA skoru Şok tablosu Vazopressör ihtiyacı var

Diğer kötü prognoz parametreleri var

Lenfopeni < %20 ferritin > 1000 ug/L CRP > 30 mg/L D-Dimer > 4 ng/ml

Prognozu ve sağkalımı olumsuz etkileyecek eşlik eden hastalık var mı?

Hipertansiyon Diabetes Mellitus Kardiyovasküler Hastalıklar Malignite KOAH

Diğer (açıklayınız) .....

COVID-19 İmmün Plazma	
Hasta Onamı Hastadan Alındı Hasta Yakınından Alındı	
Planlanan Transfüzyon İstek Tarihi ...../...../ 20.....	
Planlanan Veriliş Süre **Planlanan Ünite Sayısı ..... ünite**	
□ **1. Doz** □ **2. Doz** □ **3. Doz**	

COVID-19 İmmün Plazma dondurulmadan kullanılacak ise mutlaka **Ek İşlem İstemi** IŞINLANMASI gerekir.
Talep Eden Uzman *   **Adı-Soyadı**   **İmzası**

* Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları Uzmanı veya Yoğun Bakım Uzmanı talepte bulunulabilir.